



HAL
open science

La valeur éthique du détachement dans la relation soignant-soigné

Dominique Jean

► **To cite this version:**

Dominique Jean. La valeur éthique du détachement dans la relation soignant-soigné. Philosophie. Normandie Université, 2021. Français. NNT : 2021NORMR044 . tel-03365723

HAL Id: tel-03365723

<https://theses.hal.science/tel-03365723>

Submitted on 5 Oct 2021

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.



Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité PHILOSOPHIE ÉPISTÉMOLOGIE

Préparée au sein de l'UNIVERSITÉ de ROUEN

LA VALEUR ÉTHIQUE DU DÉTACHEMENT DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

**Présentée et soutenue par
Dominique GINOLHAC JEAN**

**Thèse soutenue publiquement le 25 JUIN 2021
devant le jury composé de**

Madame Annie HOURCADE SCIOU	Professeure des Universités Université Rouen Normandie (France)	Directrice de thèse
Monsieur Thierry BELLEGUIC	Professeur titulaire Université Laval Québec (Canada)	Rapporteur du jury
Madame Valérie BRIDOUX	Maître de conférences des Universités habilitée à diriger des recherches Praticien Hospitalier Université Rouen Normandie (France)	Membre du jury
Monsieur Jean-Pierre CLÉRO	Professeur des Universités émérite, Université Rouen Normandie (France)	Membre du jury
Madame Maria Cécilia GALLANI	Professeure titulaire, Université Laval Québec (Canada)	Membre du jury
Monsieur Benoît MISSET	Professeur des Universités Praticien hospitalier Université Liège (Belgique)	Président du jury

Thèse dirigée par Annie HOURCADE laboratoire ÉRIAC



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Annie Hourcade qui m'a accompagnée tout le long de cette réflexion avec fermeté, patience et bienveillance.

Merci à Monsieur Jean-Pierre Cléro sans qui cette thèse n'existerait pas. Il m'a dit il y a cinq ans : « Il faut l'écrire ce livre ! ».

Merci à Véronique Serra, directrice de l'école des cadres et aux enseignantes de l'école d'infirmiers(ères) ; elles m'ont permis de mener une enquête auprès des étudiants, utile à ma réflexion.

Merci à Pascal, mon mari, qui a su être toujours à mes côtés dans les moments de doute ; il a été patient, attentif et à l'écoute et surtout a essentiellement cru en moi.

Merci à mes enfants, Joseph et Manon et leur conjoint Marie et Jeff, qui m'ont encouragée en s'intéressant à la lente progression de cette écriture.

Un très grand merci tout particulier à Véronique Dovergne pour le travail de mise en page qu'elle a effectué sur tout le document.

Merci à Enrique Utria qui a pris beaucoup sur son temps personnel pour tout relire et m'apporter des remarques et des suggestions très précieuses. Il m'a aidée à ne pas lâcher.

Merci à Isabelle Clerc pour ses conseils avisés de lecture de livres et d'articles.

Merci à Anne-Marie Maître qui a pris le temps de corriger de nombreuses fautes de grammaire.

Une pensée pour Colette, ma belle-mère, qui est partie trop tôt ; elle ne lira jamais cette thèse malgré l'intérêt qu'elle lui portait.

INTRODUCTION

Il y a longtemps qu'on sait que le rôle de la philosophie n'est pas de découvrir ce qui est caché, mais de rendre visible, c'est-à-dire de faire apparaître ce qui est proche, ce qui est immédiat, ce qui est si intimement lié à nous-mêmes qu'à cause de cela nous ne le percevons pas.¹

Débuter cette réflexion par une citation émanant d'une auteure du *care* n'est pas représentatif de la suite de ce travail. Cependant l'idée de rendre visible quelque chose que nous ne percevons pas et que nous avons tous les jours sous les yeux illustre bien la recherche que nous avons entreprise.

La première question que nous posons est : pourquoi écrire encore sur la relation soignant-soigné alors qu'il existe déjà une littérature abondante sur ce sujet ? Parce que la relation de soin a été notre quotidien pendant plus de quarante ans dans le cadre des hôpitaux publics et privés d'Ile de France et de Rouen, et ceci nous a donné le désir de réfléchir sur ce thème à la lumière de l'apprentissage de la philosophie. Pendant cinq ans, cette discipline nous a offert la capacité de mettre des mots sur ces situations vécues qui nous ont, tour à tour, touchées, exaspérées, choquées ou révoltées. En nous adossant à ces deux pôles, nous nous sentons apte à examiner les raisons de notre frustration face à ces situations et à mettre des mots sur notre colère. Par exemple, pourquoi ressentir de la colère devant une situation injuste, révoltante comme nous en rencontrons tous les jours à l'hôpital ? Il est normal d'éprouver de la colère devant tant de malheurs et d'injustices parfois, mais nous sommes des soignants et non des législateurs ou des prêtres ; notre rôle est de soigner, alors nous devons chercher les raisons de cette colère, les analyser, les

¹ Pascale Molinier, Sandra Laugier, et Patricia Paperman, *Qu'est-ce que le care : souci des autres, sensibilité, responsabilité* (Paris : Payot, 2009), citant 1976-1988, *Dits et écrits*, 1954-1988, Michel Foucault. Éd. établie sous la dir. de Daniel Defert, (Paris : Gallimard, 1994), p. 165.

articuler entre elles et les passer au rasoir d'Occam pour en extraire la racine, l'origine. Nous pourrions alors identifier le plaisant du déplaisant, l'opportun de l'inopportun. La relation une fois identifiée pourra être revue en vue d'une amélioration. La philosophie aide à trouver les clés en proposant plusieurs pistes de réflexions, donc plusieurs possibilités pour percevoir les origines d'un problème et commencer à le résoudre. Enfin, notre thèse se classe dans la catégorie de l'éthique médicale appliquée à la pratique des professionnels de santé au vu du développement de plus en plus important des questions de bioéthiques médicales.

Deux incidents, apparemment mineurs, nous ont interpellée au cours de notre carrière de soignante et sont en partie à l'origine de ce travail, car ils nous ont heurtée au plus profond de nos convictions : le premier fut exprimé avec force par un médecin lors d'un colloque : « le devoir de tous soignants est de savoir se mettre à la place du malade, sinon où est leur place ? ». Nous ne pensons pas que le soignant « doive » se mettre « à la place » du patient, mais alors quelle est la place du soignant ? Il doit exister une autre place, plus constructive, plus efficace et plus sereine pour lui, le soignant. Le second est le refrain récurrent à propos de la « souffrance des soignants ». Si le soignant souffre, le malade souffrant aussi, qui soigne, soulage et console ? En dehors de tout débat politique, est-ce que les soignants peuvent, malgré les réelles difficultés financières des hôpitaux, retrouver ou conserver de l'enthousiasme à soigner et si oui comment pourraient-ils y parvenir sur le long terme ? Cette deuxième question doit mener à une mise en perspective des pratiques actuelles pour en imaginer d'autres intéressant la relation de soins. Quand on a connu et apprécié les qualités professionnelles et personnelles des femmes et des hommes qui travaillent au quotidien dans les hôpitaux, nous ne pouvons pas ne pas vouloir effectuer une recherche pour que ces valeurs, ces aptitudes et ces compétences demeurent ancrées dans la pratique soignante et surtout nourrissent ces professionnels.

C'est dans ce climat de démotivation généralisée que nous avons souhaité réfléchir pour tenter de comprendre pourquoi les soignants sont en souffrance, les aider à trouver des outils afin qu'ils trouvent ou retrouvent le désir et le plaisir de soigner. Nous pourrions peut-être les aider à (re)trouver leur place ou une place près du patient, place qui ne les épuiserait pas. Nous souhaitons également aborder la question des soignés et montrer comment cette réflexion est adaptée à leur cas dans le but de maintenir la confiance qu'ils ont dans le personnel soignant et de mettre, dans le même temps à leur disposition, des moyens qui leur permettraient de s'affranchir, autant que faire se peut, des professionnels de santé. Ainsi cette recherche doit aider à soulager les soignants de trop de pressions et les soignés de trop de contraintes. Ce travail est donc une tentative de refonte de tout ce qui caractérise la vie des soignants, équipes médicales et paramédicales confondues, au plus près des patients.

Le philosophe Francis Wolff écrit sur les utopies de l'homme : « Tout homme rêve de vivre longtemps, d'être heureux et en bonne santé ; celui-ci pense à lui à la première personne, *je* »². Les soignants ont le même idéal mais pour leurs patients. Ils souhaitent une bonne santé, une bonne éducation thérapeutique pour l'autre, ils pensent à la deuxième personne, « tu ».

Et cette différence spécifique, qui définit l'humanité, c'est le soin à soi-même et à autrui, incarné d'abord dans le sens de l'humain, réalisé ensuite dans la manière de poser les actes concrets pour offrir ce sens, à soi-même et à autrui³.

Mais cet idéal reste souvent idéal parce que les soignants ressentent en général une grande frustration dans leur effort à aider le patient à atteindre ce bien-être ; le manque de moyens

² Francis Wolff, *Trois utopies contemporaines*, (Paris : Fayard, 2017), p. 170.

³ Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie : choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque* (Paris : S.Arslan, 2013), p. 46.

en personnel et/ou en matériel sont récurrents. Ils s'investissent tellement qu'ils perdent de vue ce à quoi ils croyaient en début de carrière. Ils finissent par se sentir impuissants devant toutes ces souffrances et commencent à se sentir incapables à affronter toutes ces formes de misère ; alors face à ce sentiment d'impuissance ils développent de la rancœur. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons étudier au plus près la relation de soin à l'hôpital à travers le difficile quotidien des soignants. Nous avons expliqué pourquoi nous travaillons sur la relation soignant-soigné, nous allons nous centrer sur le thème de cette recherche.

Le mot clé de ce thème est le détachement. Il est le noyau dur de cette réflexion et l'action se situe dans le milieu hospitalier public ou privé. Ce thème aborde la prise en charge de patients, que ce soit pour un acte chirurgical, un suivi médical comme un diabète, un traitement pour une pathologie grave comme un cancer, la poursuite d'un diagnostic. Nous n'évoquerons que rarement l'accompagnement de fin de vie, domaine que nous maîtrisons mal ainsi que la psychiatrie. L'action, donc, se situe dans le cadre d'une institution hospitalière proposant et prodiguant des soins à tous. Dans cette institution, de nombreux acteurs agissent, travaillent, réfléchissent, prennent des décisions. Les acteurs sont des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des kinésithérapeutes, etc. Ils appartiennent à une équipe et sont chargés d'effectuer toutes les tâches du quotidien en rapport avec leurs compétences professionnelles sans cesse confrontés au manque de temps et à une tension émotionnelle sous-jacente. Face à eux, le malade se présente pour être soigné, soulagé, réconforté. Il est seul avec sa souffrance, ses questions, ses angoisses. Tout homme, femme, enfant, jeune ou vieux, tout membre de la population est susceptible de rentrer à l'hôpital pour y être soigné. Cet individu, sans lequel rien n'est possible, est installé au cœur de toutes les préoccupations. Il demande de l'aide, il a besoin

que quelqu'un prenne soin de lui, car il est souffrant. Les soignants et le patient sont unis par un lien tissé à travers l'acte de soin.

Le soin est un acte défini par Worms comme : « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même », et il ajoute : « soigner quelqu'un comporte, dans son concept même, une dimension intentionnelle et même relationnelle, [...] »⁴. Carol Gilligan précise que : « le soin est lui aussi un travail et un outil, une fonction et une médication. Il entre dans une épistémologie, une politique et une économie »⁵. Nous constatons à travers ces deux définitions que ce tout petit mot contient des notions très variées. Il touche au vivant, au fait de soulager ; il est la cause d'une relation entre deux êtres. Mais c'est un travail aussi ; ce qu'exécutent les professionnels de santé au long de la journée est une tâche à accomplir, et un outil parce que le soin ouvre la porte des chambres à l'hôpital. Ainsi et c'est le cœur de notre sujet, nous utilisons le soin comme champ d'exploitation pour revoir la relation qui s'exerce à ce moment précis.

Commençons par essayer de définir un soignant. Ce mot est un terme générique englobant toute personne autorisée à appliquer un soin à un malade. Ces acteurs réalisent des tâches quotidiennes pour apporter un mieux aux patients ; les uns posent un diagnostic et en appliquent le traitement le plus approprié, d'autres administrent les prescriptions et surveillent les paramètres de l'évolution de la pathologie, d'autres lavent, rééduquent, éduquent. Bref la plupart écoute, panse, soulage, console, lave et nourrit cette cohorte de malades en demande de soin. Le terme soignant vient du verbe soigner, du latin *curare* dont l'un des sens est : « s'occuper de », donc tous les professionnels de santé ont comme mission de s'occuper de tout individu se présentant à l'hôpital pour l'aider et le soigner.

⁴ Frédéric Worms, *Le moment du soin : à quoi tenons-nous?*, (Paris : PUF, 2010), p. 21.

⁵ Carol Gilligan, *L'éthique du care*, citée par Vanessa Nurock, (Paris : PUF, 2010), p. 143.

Nous pouvons identifier trois catégories de soignants : les médecins, sages-femmes(maïeuticiens) et dentistes, les pharmaciens(iennes) et enfin les paramédicaux comme les infirmiers(ières), les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les diététiciens(ennes) ou les aides-soignants(es). À chaque profession correspondent des catégories de soins en rapport avec le diplôme obtenu. Un médecin peut poser un diagnostic, une infirmière faire une piqûre ou un pansement, une aide-soignante effectuer les toilettes, les prises de tension et de pouls. Le malade attend d'être soigné pour ce dont il souffre par le personnel compétent, mais aussi espère que l'hôtellerie soit convenable : les lits, les repas, l'hygiène de la chambre et du service ; enfin il souhaite que sa relation avec l'équipe corresponde à ses attentes sachant qu'elles varient d'un individu à l'autre.

Nous avons évoqué les acteurs et les lieux et l'action réalisée entre ces acteurs. Nous allons réfléchir sur la relation qui unit les soignants et les patients. Cette relation de soin se caractérise par un lien entre deux êtres qui peut être harmonieux, ou au contraire conflictuel, ou indifférent, un échange entre au moins deux personnes. Le *Littré* définit ce terme « comme un rapport entre deux personnes, entre deux choses, considérées respectivement l'un à l'autre ». Mettre deux personnes en relation entraîne une interaction voulue ou non, désirée ou non, mais vécue sûrement. Le malade subit cette relation quand les soignants ont créé ce lien en choisissant ce métier, ce qui est une première différence notable. Nous en distinguerons d'autres plus loin. Nous allons travailler sur la nature même de cette relation, nous installer au cœur de ce lien, l'identifier, le qualifier, et peut-être tenter de l'évaluer. Nous pourrions alors proposer un changement de perspective. C'est à travers de toutes petites modifications que nous espérons soulager le quotidien des soignants. Ce changement de perspective est induit par le détachement. Nous montrerons comment il trouve sa place, la prend et, par la même, comment il modifiera profondément cette relation.

En liant détachement et relation de soin, nous prenons le risque de nous exposer à beaucoup de désapprobation au sein du monde des soignants. Une des raisons de ce désaccord pourrait être les défenseurs de la philosophie du *care* par exemple. Depuis quelques années, le *care* est entré dans la pratique des soignants. Cette pratique, issue du mouvement féministe des années soixante-dix aux États-Unis, favorise le concept d'« être en empathie », c'est-à-dire « pouvoir se mettre à la place du patient » pour mieux répondre à ses besoins ; elle se veut bienfaitrice. Pour autant, la sympathie n'est pas l'empathie : elle nous invite à penser « la bonne distance ». Nous ne voulons en aucun cas tomber dans l'excès inverse, celui du désintérêt pour le patient, désintérêt favorisé actuellement par la présence des écrans d'ordinateur, de matériel technique en grand nombre et de plus en plus perfectionné dans les salles de soins, d'exams et de consultations. Nous ne voulons ni choquer ni provoquer, ce n'est pas le but de cette réflexion ; nous désirons raconter comment une relation soignant-soigné peut se construire autrement, tout en préservant et cultivant la dignité, le respect et la liberté citoyenne pour les deux parties de la relation. Les circonstances extérieures, les conditions politiques en France et dans le monde ont sensiblement évolué depuis que nous avons débuté ce travail il y a cinq ans et nous finissons d'écrire ces lignes à l'acmé des soucis rencontrés par les hôpitaux : nous vivons toujours au rythme de la pandémie du coronavirus. Cette crise met en lumière toutes les difficultés que rencontraient déjà les soignants. Cette thèse propose une réflexion qui vient fort à propos.

Quelle problématique soulève cette thèse que nous souhaitons défendre ? Cynthia Fleury, philosophe, titulaire d'une chaire à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu à Paris, écrit :

Tel est le chemin éternel de l'humanisme : comment l'homme a cherché à se construire, à grandir, entrelacé avec ses comparses, pour grandir le tout, et non

seulement lui-même, pour donner droit de cité à l'éthique, et ni plus ni moins aux hommes. Quand la civilisation n'est pas soignée, elle n'est rien⁶.

Ces lignes expriment comment chaque individu est lié aux autres. S'il souhaite avancer et décider, ses actions s'effectuent dans un cadre éthique, c'est-à-dire moral, même si morale et éthique ne sont pas exactement superposables. Pourquoi parler d'éthique dans le cas de la relation de soin ? Parce que tous les hommes et les femmes que nous sommes ont reçu des soins pour atteindre l'âge adulte, et à leur tour en prodiguent, à leurs enfants et/ou à d'autres selon le métier choisi. Le soin est au centre des préoccupations d'une société. Si chaque homme doit rester en bonne santé, la société est en bonne santé. Ce sont les entrelacs dont parle l'auteur. La nuance réside dans le fait qu'on ne peut pas soigner n'importe comment, simplement parce que nous faisons preuve de bonne volonté. Il est besoin de réfléchir au-delà pour envisager cette relation avec un autre regard. Changeons nos lunettes pour vérifier si nous sommes bien à notre place, si le patient est considéré. Nous sommes au cœur d'une réflexion éthique, car les ressources se paupérisent et la population vieillit, mais nous devons conserver toujours et encore le même désir d'offrir une prise en charge de qualité à chaque citoyen. Nous devons réfléchir à l'avenir : qui soigner, comment et pourquoi ? : questions tout à fait d'actualité avec la pandémie due à la COVID.

Nous désirons convaincre les soignants d'envisager de soigner avec plus de détachement. Pourquoi utiliser ce mot de détachement ? Le détachement oblige à se poser des questions. Est-ce mal de se détacher ? Quelles en sont les conséquences ? Quelle place dans l'éthique du soin peut-on donner au détachement ? Quelqu'un de très compatissant aime exercer son métier en étant proche des patients : est-ce louable ? Avons-nous le droit de décider

⁶ Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, vol. 6, (Paris : Gallimard, 2019), présentation de l'éditeur.

pour le patient ? Comment se comporter face à des patients qui ne veulent plus lutter, qui s'abandonnent à nos soins ? Devons-nous les obliger à vouloir être autonomes ? N'ont-ils pas le droit de tout lâcher, de s'abandonner ? Est-ce que les soignants cherchent eux-mêmes à être autonomes ? Toutes ces questions sont recevables et rendent l'exercice du détachement encore plus difficile. C'est intéressant et surtout nécessaire, car il ne s'agit pas de demander aux soignants et aux soignés de faire une thérapie pour soigner ou être soigné. Il s'agit de démontrer que le professionnel doit rester professionnel quelle que soit sa sensibilité et ne pas *exploiter* l'état de faiblesse d'un individu pour satisfaire son désir de maternage ; le soigné reste un humain citoyen et libre même s'il s'abandonne dans *les bras* des soignants. Un jour il ira mieux et il devra se reprendre en mains.

Le problème est le sens que les soignants donnent à leur mission. S'ils restent très en retrait d'elle, ils risquent de perdre tout intérêt à exercer ce métier. Autant faire appel à des robots dont les gestes sont précis, plus que ceux des humains, sans problème de congés, de repos et d'arrêt de travail. Alors il faudrait évoquer le concept de distance, « bonne distance ». Trop de distance entre ces deux personnes peut se révéler très nocif. Ce peut être interprété comme un manque d'intérêt, une sorte d'indifférence de la part de l'équipe soignante toujours débordée. Si le soignant ne s'intéresse pas aux malades, qui va s'intéresser à eux ? La réflexion présente ne porte pas seulement sur une distance géographique mais sur un ensemble d'attitudes que nous pouvons tous adopter. Le concept de détachement porte en lui une idée de recul, presque d'indifférence mais qui n'en est pas. Quand nous approfondissons le sens de ce mot, qui sera détaillé plus loin, nous découvrons qu'il intègre une idée d'espace et de temps également qui pourrait être à l'origine de profonds changements comportementaux.

Le détachement ne se résume pas à une absence de sentiments mais doit être vu comme un contrôle des passions. Passions qui seraient alors utilisées à bon escient sans intrusion

intempestive vis-à-vis de l'autre. Il s'agirait d'apprendre à en user pour développer une forme d'autonomie. Nous analyserons plus loin le mécanisme des passions. Le détachement permettrait de se placer à la « bonne distance » dans une relation chargée d'affects. Ce travail situe la problématique dans le champ du soin donné à un patient et tente de montrer comment le détachement, au terme de son analyse en tant que concept, pourrait être considéré comme un principe éthique, et corrélativement, comme une vertu⁷.

Le soignant pourrait souhaiter devenir détaché et pratiquer l'art de se détacher au cours de sa pratique.

Quels sont les objectifs de cette thèse ? Le but est d'expliquer les conséquences d'une relation trop ou pas assez proche entre un soignant et un soigné et inversement. Nous souhaitons proposer des pistes de réflexion pour protéger et libérer le soignant ainsi que le soigné. Ce travail veut réfuter la conception de la relation communément admise et entretenue entre un soignant et un soigné dans une institution hospitalière comme un lien asymétrique où l'un donne, il aurait même la « vocation », et l'autre reçoit. La société a changé et les patients viennent à l'hôpital pour y être soignés et non plus seulement pour mourir. Le personnel est en civil et le crucifix a été heureusement remplacé par la charte du patient accrochée dans chaque chambre⁸.

En élaborant le profil d'une rencontre différente, nous démontrerons l'intérêt de regarder autrement la personne à soigner et soulignerons le plaisir qu'il y a à réinventer tous les jours une nouvelle relation. Cette approche permettra sans doute d'installer la rencontre soignant-soigné sur un plan plus équitable et plus libre en reconnaissant la force et la faiblesse de chacun, et leur commune appartenance à la société civile et au monde. Ce

⁷ Pour l'articulation entre principe et vertu, nous renvoyons aux analyses de Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris, Les Belles Lettres, 2008), pp. 49-50.

⁸ Voir Annexe 5.

concept sur lequel nous voulons nous arrêter depuis longtemps, porte en lui un espoir, une ouverture, une certaine idée de liberté. Cette ouverture peut donner naissance à un désir de désobéir de façon opportune, nous en reparlerons. Par cette béance provoquée par le détachement, nous créons un espace et un temps dans la relation soignant-soigné. Cette liberté trouvée aide à construire une relation différente, infiniment plus délicate, suspendue, comme en attente. L'état d'esprit de chacun est différent tous les jours, le temps disponible change ainsi que le lieu d'exercice. Tous les jours, l'approche doit être revisitée, pour trouver la parole juste et bien ciblée, le geste professionnel opportun et l'attitude patiente et disponible. Les patients sont tous différents et diffèrent tous les jours. Cette diversité est enrichissante et épuisante ; chercher à trouver à tous moments où et comment se situer en tant que soignant pourrait illustrer le but à atteindre dans cette relation. Ainsi l'objectif montre la nécessité de pratiquer la vertu du détachement pour que ces nouvelles aptitudes ne soient pas seulement un effet d'annonce, mais soient à ce point ancrées dans l'individu-soignant que cela générerait des attitudes et des actions adéquates à chaque instant. Pour mettre en œuvre ce sujet, nous allons expliquer la méthodologie employée.

Commençons par nous éloigner de l'hôpital et expliquer la méthode utilisée le long de ce travail pour le rendre clair et accessible à tous. Nous débuterons par une référence à un texte de Platon. Ce texte, tiré du *Politique*, illustre la méthode pédagogique du paradigme utilisée par Platon qui consiste, à partir d'un sujet simple et familier à tous, en l'occurrence le tissage, à donner un éclairage sur un sujet difficile en l'occurrence, dans le *Politique* l'art politique. Platon explique au jeune Socrate les rouages complexes de la vie de la cité pour qu'il devienne apte à prendre des responsabilités en politique. Socrate va ainsi comprendre comment les relations s'organisent entre chacun comme la trame et la chaîne d'un tissu. Sans prétendre nous comparer à Platon, nous souhaitons utiliser le

même modèle pour que le lecteur puisse suivre cette réflexion concernant la relation de soins dans un centre hospitalier tout en se familiarisant avec les rouages d'une machine complexe (l'hôpital) commandée par des hommes de lois, des médecins, des usagers et les différents acteurs de soins. Nous n'utiliserons pas le paradigme du tissage, mais celui du théâtre pour illustrer le fonctionnement de cette mécanique. Tout le monde (ou presque) est familiarisé avec le théâtre de près ou de loin. Cette analogie sera notre fil rouge tout au long du texte. À travers cet art, nous ferons le parallèle entre acteur sur scène et acteur de santé, entre spectateur et malade. Nous forcerons les ressemblances le plus loin possible pour les confronter avec la relation soignante et en extraire les différences. Ainsi nous mettrons l'accent sur ce qui fait l'originalité d'un hôpital. Si le soignant semble être l'acteur de la relation, le patient est le centre des discussions. Va-t-il rester un simple spectateur ? Nous évoquerons également les costumes, le rôle de l'acteur, le temps et l'espace sur une scène, le langage et le discours. En travaillant sur l'analogie entre théâtre et hôpital nous découvrirons des choses étranges ou amusantes ou troublantes, mais curieusement aussi des choses très ressemblantes. En même temps, les limites de cette comparaison feront ressortir des aspects étonnants de l'hôpital. L'analogie entre le théâtre et l'hôpital, le travail de l'acteur et celui du soignant et du soigné, l'attitude du spectateur et celui du soigné et du soignant mettront en perspective l'intérêt de travailler sur le détachement. Nous appréhenderons ainsi la complexité de l'hôpital ou de la vie à l'hôpital, et le théâtre permettra donc d'en constituer le paradigme au sens où l'entend Platon lorsqu'il le considère comme un aspect de la méthode dialectique. À la fin de ce mouvement, nous montrerons en creux comment le concept de détachement, prôné par Diderot au théâtre, trouve sa place à l'hôpital. Une démonstration plus fine analysera ce terme même de détachement en commençant par l'isoler de termes très proches comme l'indifférence ou la froideur. Ainsi nous nous approcherons par petites

touches de la signification réelle que nous donnerons à ce mot tout au long de ce travail. Nous n'excluons aucunement le côté sombre du détachement comme le désintéret, l'indifférence ou la froideur.

Nous serons alors en mesure d'aborder le difficile sujet des passions. Nous disons difficile, car il est facile de savoir ce que représente une passion et de la nommer comme la colère, la joie, la haine ou l'amour. Mais quand nous cherchons à connaître leur origine, comment elles se déploient et disparaissent cela devient plus périlleux, car pour comprendre ce qu'elles occasionnent comme effets dans un individu, la cause de leur survenue et de leur disparition nous abordons des problèmes qui touchent à ce qu'il y a de plus subjectif dans l'individu. Chacun a son idée sur la vie d'une passion et il est complexe de rester rationnel face à des émotions. De nombreux philosophes comme Aristote, les Stoïciens, Descartes, Kant, Hume, Rousseau ou Ricoeur, pour ne citer que ceux-là, se sont intéressés à ces bouillonnements de sentiments. Nous utiliserons les écrits de Hume pour nous aider à préciser leur mécanisme ; son *Traité sur la nature humaine* est une base solide pour travailler ensuite sur le détachement. En effet, sans passion, le détachement n'a pas de sens. Nous chercherons à définir ces passions, à expliquer leur survenue et essaierons de comprendre comment les accepter ou « lutter » contre elles. Nous découvrirons peut-être qu'il y a une autre attitude induite par le détachement, une troisième manière d'appréhender les passions. Les passions sont à l'origine d'actions que certains philosophes jugent déplacées, les passions étant mauvaises conseillères, mais d'autres comme Aristote ou Hume sont plus nuancés. Les passions reflètent le caractère d'un individu et à ce titre, chacun à leur manière, explique qu'il faut développer des qualités permettant de laisser vivre ces émotions sans qu'elles prennent toute la place dans la délibération qui précède la décision d'une action. Tout d'abord nous obéissons à des règles de morale qui dictent les grands principes pour vivre harmonieusement en

société comme de tenir ses promesses, de régler ses dettes, d'être fidèle à ses amis et à sa famille, de prendre soin des gens qui nous sont proches. Nous ne nous rendons pas compte que toute la journée nous obéissons de près ou de loin à ces principes. Il en est de même à l'hôpital et nous ferons appel à l'analyse très fouillée de Beauchamp et Childress sur quatre principes éthiques qu'ils décrivent dans leur livre *Les principes de l'éthique biomédicale* : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice. Ainsi nous pourrions confronter notre réflexion pour trouver la place à donner aux passions dans le cadre du respect de principes éthiques dans la relation de soin. Ce n'est pas l'analyse du texte que nous entreprendrons mais l'analyse des principes en les liant au détachement. Au début de leur ouvrage les auteurs expliquent comment ces principes sont des obligations d'action et ils écrivent :

Une personne moralement bonne, avec la bonne configuration de désirs et de motivations, sera plus à même qu'une autre de comprendre ce qui doit être fait, d'accomplir scrupuleusement les actes requis, et plus à même encore de se former et d'agir d'après des idéaux moraux⁹.

Ceci signifie que nous devons approfondir notre réflexion pour transformer les principes en vertus comme le montrent Beauchamp et Childress, et surtout le détachement en vertu. Ils expliquent que « des vertus comme la loyauté, le courage, la gentillesse et la bienveillance conduisent parfois les individus à agir de façon inappropriée et inacceptable¹⁰ ». Ainsi le détachement permettrait de garder présente ces vertus tout en restant à bonne distance de nos passions. Car ils ajoutent que ces vertus « doivent être

⁹ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 52.

¹⁰ *Ibid.*, p. 57.

accompagnées d'une compréhension de ce qui est juste et bien, et de ce qui mérite notre gentillesse,¹¹ ». Le détachement pourrait représenter cette capacité à être sagace car « toutes ces vertus peuvent être détournées par l'obéissance, le zèle ou la dévotion excessive¹² ». Le détachement s'intégrerait et s'articulerait avec les quatre principes éthiques décrits par Beauchamp et Childress pour devenir ensuite une vertu, car comment agir de manière détachée si nous ne sommes pas détachée ? Ainsi en prenant à l'origine les grands principes éthiques nous verrons comment nous devons les adapter à chaque situation particulière grâce au caractère vertueux d'un agent.

Dans le dernier chapitre, Aristote offre des pistes de réflexion dans ce sens dans son ouvrage *L'Éthique à Nicomaque* : ce qu'est une vertu, comment elle s'acquiert, comment elle peut changer la vie de quelqu'un. Nous arriverons à la conclusion que le fait d'être détaché dans sa mission à l'hôpital nous rend vertueux et nous en déduirons les conséquences pour le soignant comme pour le soigné.

Au cours d'une longue conclusion, nous montrerons l'intérêt de développer ce caractère de vertu. Nous proposerons un travail aux soignants sur l'idée du détachement pour qu'ils retrouvent durablement du plaisir à soigner, comme l'acteur du théâtre a du plaisir à jouer son rôle devant des spectateurs. Le détachement deviendra une vertu pour chacun qui le désirera, comme le courage devient une vertu pour un individu qui l'exerce. Nous élaborerons, à partir de ces éléments, la mise en œuvre de la réflexion sur la vertu du détachement appliquée à la relation de soins. Cette réflexion prendra en compte la spécificité de la santé pour comprendre et défendre l'intérêt de travailler de manière plus

¹¹ *Ibid.*, p. 57.

¹² *Ibid.*, p. 58.

détachée. Le théâtre terminera ce travail pour finir d'accompagner les protagonistes de la relation de soin jusqu'au bout.

Quelle thèse défendons-nous ? L'intérêt et la difficulté du travail des soignants se situent dans une ambivalence entre attitude professionnelle et sentiments, émotions, empathie, compassion et pitié. Cette difficulté est accrue par les difficultés financières des hôpitaux. Mais ce n'est pas le lieu ici de discuter de la gestion des établissements de santé même si nous devons la garder en mémoire comme un des paramètres de la souffrance des soignants. Épicure dit de son côté : « qu'il n'est jamais ni tôt trop ni trop tard pour philosopher pour travailler à la santé de l'âme »¹³. Donc rien ne nous retient plus pour entreprendre cette réflexion. Alors nous pointerons les dérives possibles, vécues, observées pour les analyser et montrerons combien ces dérives peuvent être délétères pour le malade mais également pour le soignant. Croire au caractère salubre de la compassion dans cette relation, entraîne des conséquences opposées à l'effet désiré, pensons-nous. Peut-être est-ce une des raisons pour lesquelles nous rencontrons des soignants fatigués pour ne pas dire dégoûtés, désenchantés : ils ont l'impression de « tout donner » et de ne jamais recevoir. *A contrario*, certains agents sont très satisfaits de ce type de relation : mais ont-ils vérifié la satisfaction du patient ? Cette contagion des sentiments peut enfermer deux personnes dans leur tête-à-tête. Cette relation peut gommer, au mieux, le rôle de chacun ou, au pire, provoquer des comportements de part et d'autre complètement déplacés, comme la démonstration d'une trop grande affection pouvant entraîner, à tout moment, une intrusion dans la vie privée du malade. Nous dénoncerons cette attitude quasi maternelle pouvant laisser une impression pour le patient d'être envahi par tant de sollicitude. Nous pouvons alors craindre qu'il ait du mal à retrouver son autonomie et à

¹³ *Lettre à Ménécée*, Traduction de Octave Hamelin (1910), Édition électronique (ePub, PDF) : Les Échos du Maquis, 2011.

se prendre en charge quand sonnera pour lui l'heure de la sortie. Il peut même aller jusqu'à appréhender de sortir de l'hôpital. Nous approfondirons ce sujet précis quand nous aborderons le thème du *care*.

Chaque soignant a un rôle à jouer mais il doit bien comprendre en quoi consiste ce rôle, où cela le positionne dans l'ordre hospitalier, quelle est sa fonction et quel l'objectif doit-il atteindre. Le patient, perdu dans ce lieu hostile, doit nécessairement y faire sa place aussi. Il sait pourquoi il est là, mais il a à apprendre comment fonctionne cet univers. Si chacun connaît la place, chacun trouvera un positionnement adéquat. Au théâtre, l'acteur doit travailler son rôle pour découvrir où et comment il se déplace sur la scène pour se sentir « à sa place ». Quand il y parvient, il peut alors peaufiner son langage, ses expressions, ses gestes et surtout mesurer ses émotions pour remplir complètement et parfaitement son rôle. Connaître le lieu où nous exerçons notre métier, permet d'atteindre une qualité dans l'exercice professionnel, juste, adaptée et tempérée. Mais l'aspect fascinant de cette recherche réside dans l'idée que cette place, jamais trouvée une fois pour toutes, est toujours à réinventer. Chacun recommencera cette quête de la « bonne attitude » tous les jours et tout au long de la journée. Le rôle octroyé à chacun de par sa position, « je suis habillée en blanc, donc je suis reconnue comme soignant, je suis habillée en pyjama, donc je suis reconnue comme malade », est inchangé du fait des règles en vigueur dans l'hôpital. Toutes ces règles tombent sous le coup de la loi, mais le comportement adopté par chacun ne dépend que de lui et l'éthique se situe à cet endroit.

Nous pensons que le détachement permettrait de donner sans envahir, d'accepter de rester quand l'autre part, et d'être prêt à accueillir un autre pour recommencer. Pour celui qui reçoit, le détachement autoriserait à prendre sans culpabilité, à recouvrer la liberté, et à partir sans regret ni remords, « simplement » reconstruit. Le détachement représenterait un outil pour travailler sur les émotions sans les gommer, tout en apprenant à les utiliser

et à leur donner leur intensité adaptée à l'instant. Cela alimente un travail sur la raison, la réflexion rationnelle, essentiellement axée sur l'utilité de la mission à effectuer, mais aussi sur la beauté du rôle à jouer auprès du soigné en donnant un sens à ses gestes de tous les jours et en offrant au patient toute sa place et rien que sa place.

Le détachement mettrait en lumière une autre vision du soin et de la prise en charge de toute personne soignée. En permettant au patient d'être détaché face à un soignant détaché également, nous le rendrons libre, responsable, autonome et curieux. Nous montrerons le bénéfice pour ce malade à agir par détachement pour s'armer et devenir plus fort et indépendant. Nous découvrirons ensemble une nouvelle manière de faire, mais surtout une nouvelle manière d'être en adéquation avec l'évolution de la société, de la loi, au-delà du simple savoir théorique appris durant les études. Entre Loi et Morale, l'Éthique se glisse doucement mais s'installe dans un créneau propre à elle, fondamental, offert par le législateur, car elle occupe une place centrale dans les concertations d'équipe en vue des décisions médicales, les « staffs ».

De manière plus synthétique, ce travail est structuré en cinq mouvements ; le premier présente le théâtre comme paradigme avec les avantages et les limites de ce parallèle et en s'installant comme fil rouge tout au long de la réflexion. Nous explorerons jusqu'où nous pouvons utiliser cette analogie, quelles en sont les forces mais aussi les limites. En identifiant comment les deux thèmes théâtre et hôpital se confondent et se séparent, nous découvrirons des singularités dans la relation entre un soignant et un patient. Les parallèles mettent en évidence certains aspects du monde hospitalier sans doute dissimulés autrement. Puis après le chapitre qui dessine les contours du détachement, nous réfléchirons sur les principes de Beauchamp et Childress, incontournables quand on évoque un tel sujet. Ensuite nous démontrerons comment le détachement s'intègre dans la discipline de l'éthique et y trouve toute sa légitimité. Nous poserons alors le

détachement comme vertu pour qu'il devienne un trait de caractère au-delà de la seule recommandation. Enfin, dans la conclusion, nous proposerons des solutions dont une charte pour la mise en œuvre du détachement dans cette relation entre un soigné et un soignant au sein d'une institution hospitalière. Cette charte sera basée sur les principes éthiques déjà connus en y intégrant celui de la vertu du détachement. Les émotions comme le désir, le plaisir, l'humour, termes peu employés dans ces circonstances de soin à une personne, pourraient apparaître dans cette charte pour autoriser personnel et malades à chercher à vivre autrement cette relation au plus près des passions. Le détachement pourrait s'apparenter alors à une recherche du bonheur alliant plaisir et liberté dans toutes les situations et les relations de la vie. Les promesses d'une relation de soin plus heureuse ne gommant en rien les difficultés de la vie des soignants, mais nous pensons que ce travail peut donner une ouverture pour aider le personnel soignant à affronter toutes les contraintes inhérentes à ces professions de santé.

Être détaché en sachant conserver un lien humain, chaleureux mais adapté à chacun, tout en préservant un professionnalisme adéquat, caractérise tout l'enjeu de cette thèse.

PREAMBULE

Platon dans le *Politique* rapporte un dialogue du jeune Socrate avec l'Étranger d'Athènes. Celui-ci forme Socrate à la vie de la Cité et plus particulièrement à la vie politique. Au cours de cet échange, l'Étranger propose d'utiliser le tissage comme paradigme pour aider Socrate à comprendre la complexité des relations politiques qui sont tantôt teintées de pouvoir et fortes, tantôt souples afin d'épouser les mouvements d'une situation.

L'ÉTRANGER - Mais tous les brins qui ne forment que des fils lâchent et qui ont juste ce qu'il faut de souplesse pour s'entrelacer dans la chaîne et résister aux tractions de l'enroulement, disons par conséquent que ce sont là les fils de trame et que la technique qui préside à leur arrangement est celle de la fabrication de la trame¹⁴.

Platon aborde la notion d'art puis celle de la technique, l'art pour la réalisation d'une œuvre imaginée et la technique pour la capacité à réaliser cette image.

L'ÉTRANGER - Mais à présent la partie de l'art du tissage que nous voulions examiner est dans un jour parfait. Une fois en effet que l'opération d'assemblage qui est une portion du travail de la laine a entrecroisé à angle droit la chaîne et la trame de façon à former un tissu, nous donnons à tout le tissu ainsi obtenu le nom de vêtement de laine et à la technique qui le fabrique celui de tissage¹⁵.

La *tekhne* relève de la technique du tissage et la *poesis* de l'exercice d'une pratique dans le but de créer quelque chose (pour le tissage il s'agit du vêtement). Il en est de même

¹⁴ Platon, *Œuvres complètes*, trad. par Luc Brisson et Louis André Dorion (Paris : Flammarion, 2008), *Politique*. [282c-283a], p. 1398.

¹⁵ Platon, *Œuvres complètes* (Paris : Flammarion, 2008), *Politique*. [283b-283e], p. 1399.

pour monter une pièce de théâtre, la technique doit être parfaitement orchestrée et le choix des acteurs judicieux.

Pourquoi faire ce détour par ce dialogue de Platon ? À des fins pédagogiques, parce que le tissage a une valeur de paradigme et nous permet d'aller d'un sujet connu vers un sujet moins connu. Une fois que cet exemple est compris, nous utilisons le théâtre pour accompagner le lecteur à travers l'univers hospitalier, univers complexe, chargé en émotions. Nous travaillons avec le paradigme du théâtre car c'est un art contemporain connu de tous. « [...] qu'elle (la médecine) est, « l'art de la vie », et qu'un art est toujours infiniment plus que les techniques qu'il met à son service¹⁶ ». Tout au long du texte nous trouverons ce lien entre médecine et théâtre, entre art et technique. Le théâtre est un moyen pédagogique intéressant parce que, comme l'Étranger le dit à Socrate, tout le monde comprend de quoi on parle.

L'ÉTRANGER – Mais, s'il en est bien ainsi, il n'y aurait en effet rien de malsonnant à ce que toi et moi, après avoir entrepris, pour commencer, de voir ce qu'est la nature du paradigme en général en prenant un paradigme particulier de peu d'importance.

L'ÉTRANGER – Quelle activité pourrions-nous prendre comme paradigme ? [...]. Es-tu d'accord, par Zeus, Socrate, pour que, à supposer que nous n'ayons rien d'autre sous la main, nous prenions faute de mieux le tissage¹⁷ ?

Il est aisé de décrire le fonctionnement du théâtre, les gens qui y travaillent, techniciens et acteurs, les spectateurs sans lesquels toute cette activité n'aurait aucun sens. Transposé à l'hôpital, le modèle peut tout à fait s'appliquer même si de temps en temps il s'en éloigne, ce que nous verrons plus loin. En tout état de cause, il aide toute personne

¹⁶ Lazare Benaroyo, *La philosophie du soin : éthique, médecine et société. Éthique et herméneutique du soin*, Coll. La nature humaine, (Paris : PUF, 2010), p. 167.

¹⁷ Platon, *Œuvres complètes* (Paris : Flammarion, 2008), *Politique*. [279a-279d].

étrangère au milieu soignant à appréhender le fonctionnement d'un service de soins. Dans un hôpital, de nombreuses personnes, comme les différents fils de la laine ou comme les personnes actives dans un théâtre, travaillent pour la réalisation des soins, le soin devient l'œuvre à réaliser. Nous obtenons alors le tissu d'une microsociété qui peuple tous les théâtres ou les institutions hospitalières. Nous comparerons le travail du soignant à celui de l'acteur. Ce parallèle assurera un éclairage pour identifier les ressemblances, les divergences et les limites de cette analogie. L'objectif de l'acteur, quand il entreprend la construction d'un rôle, est de jouer son personnage chaque jour avec le même brio durant de nombreuses représentations indépendamment de ses joies et de ses soucis personnels. Ce but nous semble tout à fait adapté au travail effectué par le soignant : rester performant et efficace sur le long terme sans paraître envahi par ses propres problèmes.

Le livre de Diderot *Paradoxe sur le comédien* nous servira de référence pour établir un lien entre le jeu de l'acteur et celui du soignant. Dans cet ouvrage, Diderot échange avec un ami sur les qualités requises d'un comédien. Très vite, un désaccord apparaît entre les deux hommes, Diderot soutenant qu'un acteur doit se protéger des émotions de tous les personnages qu'il interprète et son ami pensant que l'homme doit jouer avec ses propres émotions. L'auteur pose deux arguments essentiels : l'un protège l'homme privé, l'autre protège l'acteur qui doit être en mesure d'interpréter tous les rôles avec toujours le même brio à chaque nouvelle représentation. Diderot ajoute que si les acteurs mettaient en jeu leurs propres émotions, ils ne pourraient être brillants que lors de la première voire de la deuxième représentation mais guère plus car ils finiraient totalement épuisés par leur prestation : « Très chaud à la première représentation, il serait épuisé et froid comme un marbre à la troisième »¹⁸.

¹⁸ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 11.

La question qui se pose est : jusqu'où l'analogie est-elle possible et quand cède-t-elle à une autre logique compte tenu des passions présentes dans tout soin ? Pouvons-nous inclure dans cette réflexion le patient en tant qu'acteur de sa maladie comme le nomme la loi du 4 mars 2002 ? « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé »¹⁹.

En approfondissant le parallèle entre ces deux métiers et en dégagant ce qui les différencie, nous commencerons à intégrer l'idée de détachement. Nous observerons comment il se situe à travers les composants du théâtre, la représentation, les acteurs, les costumes et le langage ou discours. Nous approfondirons l'idée de détachement à travers le spectacle pour examiner comment l'acteur travaille son rôle. Nous serons alors en mesure de comparer hôpital et théâtre sur les principes de la représentation. Nous pouvons déjà noter la ressemblance des termes employés dans les deux structures : acteurs, histoire, discours, langage et costumes ; le bloc opératoire à l'hôpital se nomme en anglais : *operating theater*.

Dans le premier mouvement de ce travail, nous commencerons par examiner le théâtre lui-même, l'espace, l'idée de représentation, puis l'acteur et ses costumes et enfin le langage et le discours adaptés au théâtre et à la médecine.

¹⁹ Loi Kouchner, « Droits des malades et qualité du système de santé », Pub. L. No. 2002-303, § Titre II, MESX0100092L (2002).

CHAPITRE PREMIER

Analogie entre le théâtre et l'hôpital

I.1 Pourquoi utiliser le paradigme du théâtre ?

Il faut [...] que, même sans les voir, celui qui entend raconter les actes qui s'accomplissent frissonne et soit pris de pitié devant les événements²⁰

Le théâtre raconte une histoire à travers une représentation ; cette pièce peut être une comédie ou une tragédie. Ces représentations se déroulaient dans un lieu géographique au sein de la cité. Le théâtre grec organisait des représentations dont le but était de provoquer une *katharsis* : « Puisque cette tragédie doit de plus imiter des événements qui suscitent crainte et pitié [...] »²¹. Les personnes présentes évacuaient leurs tensions émotionnelles, morales et mentales par le biais d'un transfert de leurs affects sur les héros des tragédies présentées ; assister à ces représentations était une obligation. Aujourd'hui nous ne sommes plus obligés d'aller au théâtre. Nous désirons assister à une représentation, nous choisissons la pièce en fonction des acteurs, de l'histoire ou/et de la mise en scène. Les passions des tragédies grecques se retrouvent dans le théâtre contemporain, mais à un degré moindre, les codes sociétaux ayant évolué : « C'est une compréhension de soi en ce qui concerne les attachements et les valeurs de nos réactions »²².

²⁰ Aristote, *Poétique*, trad. par Michel Magnien, 18. ed, Le livre de poche Classique 6734, (Paris : Librairie Générale Française, 2014). Ch. XIV [1453 b].

²¹ *Ibid.*, Ch. III [1453 a].

²² Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, trad. par Roland Frapet et Gérard Colonna d'Istria (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 482.

Le spectateur achète une place pour assister à une fiction présentée par un metteur en scène et jouée par des acteurs. Il accepte volontiers de partager cette illusion avec ces gens du théâtre. Au lever de rideau, le spectateur découvre un décor plus ou moins symbolique, présenté pour donner quelques clefs de compréhension sur le lieu et le moment où se situe l'action ; il fera nuit par exemple, sur une place de village occupée par une fontaine en son milieu, tout cela dessiné dans un style provençal. Dès lors, il sait que l'histoire débute à une heure tardive, dans un pays où la température est clémente et l'action organisée autour de la place de ce village, la fontaine jouant peut-être un rôle. Les acteurs entrent alors sur scène, l'histoire peut débiter. Personne, jamais aucun spectateur, ne s'est levé pour dénoncer une tromperie ou une supercherie dans cette mise en scène qui est de l'ordre du *comme si*.... Le public s'installe ailleurs que dans un fauteuil en plein XX^e siècle, dans la salle de spectacle d'une ville. En acceptant cette présentation de la première scène, le spectateur *monte à bord*. Il va partager ce lieu imaginaire avec les acteurs sans pourtant y pénétrer réellement. Ce partage de l'image crée une complicité entre la salle et les acteurs : tout le monde fait *comme si*... et est heureux de faire *comme si*, sinon la rencontre se révèle impossible. Car le public assiste, dans cet imaginaire proposé, à une pièce jouée par des êtres vivants bien réels et non des images comme au cinéma, une pièce qui se joue devant lui. L'acteur et le spectateur sont indissociables. La magie opère par la complicité née entre ces deux entités. Ils ont tous les deux décidé d'être là et se reconnaissent. Bien souvent, le spectateur connaît la renommée de l'acteur, à l'inverse, celui-ci ne connaît pas chaque spectateur. Ils sont face-à-face, le public est dans le noir, donc l'acteur ne le voit pas mais il le sent et l'entend. L'acteur est en pleine lumière et tout le public fixe son regard sur lui. Le public est en attente tandis que lui, l'acteur, est en action. De cette action ou plutôt de sa mise en œuvre, le plaisir, la confiance, la reconnaissance, la joie de partager ce moment gagnent le public. Le spectateur est envahi

par ses émotions, ses cinq sens sont en éveil, et il n'utilise sa raison que pour la bonne compréhension de l'action. Sans aller aussi loin que les Grecs dans la *katharsis*, nous aimons que nos émotions soient mobilisées lors d'un spectacle ; car si nous acceptons de faire *comme si*, nous souhaitons ressentir grâce au jeu des acteurs, une forme de bouleversement, comme l'évoque Martha Nussbaum : « La tragédie qui engendre la pitié et la peur est source de compréhension et d'illumination pour les événements de la vie »²³. En sortant d'un spectacle profondément touchant, nous avons besoin d'un temps et d'un lieu pour nous retrouver, jouir de cet état qui pourrait s'apparenter à un charme. Le charme se rompra de lui-même et nous reprendrons pied dans la réalité.

L'hôpital ressemble à un immense théâtre où, à chaque instant, se joue quelque chose d'heureux, de malheureux, de triste ou de dramatique. La relation soignant-soigné peut-elle se comparer à celle à l'œuvre entre acteur et spectateur ? Chacun a rendez-vous avec l'autre et la rencontre s'effectue dans un décor que le soignant connaît mais que, la plupart du temps, le soigné découvre. Il a décidé de venir, il a pris un rendez-vous comme le spectateur prend sa place, son billet. Certes parfois la famille prend rendez-vous pour le patient mais la plupart du temps le patient vient de lui-même. La situation du spectateur peut se comparer à celle du patient par le fait que les deux assistent au résultat d'un travail de construction, de mise en scène, mais sans en connaître aucune règle. Le patient est *a priori* passif, pendant sa rencontre avec le praticien, comme le spectateur. Lors de cette première rencontre, un lien va se tisser, comme au théâtre, ce lien peut refléter une rencontre de qualité ou pas. En revanche, le but de cette rencontre ne se résume pas à passer un bon moment comme au théâtre, mais à retrouver une meilleure santé pour l'un et à tenter de soulager pour l'autre. Mais si le malade-spectateur n'est pas dans le noir, il ne comprend pas toujours ce qui lui arrive et l'avenir peut lui sembler sombre. Nous ne

²³ *Ibid.*, p. 482.

sommes plus dans le domaine du loisir mais dans celui de la santé, de la vie et de la mort. Au théâtre, quand le public pénètre dans la salle de spectacle, il souhaite se laisser éblouir, porter hors de la réalité. Le public hospitalier espère ressortir le plus rapidement possible sans que la réalité ne devienne trop pénible à affronter. La différence se caractérise par le plaisir éprouvé par le spectateur à aller au théâtre et l'anxiété vécue par le malade poussé par la souffrance. L'intrigue d'une tragédie transporte les spectateurs *hors d'eux-mêmes*, « Parce qu'on ne vient pas pour voir des pleurs, mais pour entendre des discours qui en arrachent »²⁴, alors qu'une histoire à l'hôpital se construit, tourne autour de la souffrance, de la maladie à *l'intérieur* du patient. Enfin l'acteur comme le praticien travaillent *sans filet* : ils s'exposent au regard et s'ils se trompent, ratent un temps, ils ne peuvent pas se défausser. La responsabilité de leurs actions est entière.

Le praticien est à l'hôpital, dans un cabinet de consultation où les instruments et les *machines* sont étranges. Ils composent l'environnement du praticien pour *jouer* son rôle de docteur, comme au théâtre où les accessoires proposés prennent tout leur sens à un moment choisi dans l'intrigue. Par exemple, Hippocrate donne son avis quant au matériau à utiliser pour les interventions chirurgicales : « On ne se servira d'airain que pour les instruments ; car, employer des ustensiles de ce métal me paraît un luxe déplacé »²⁵.

Il explique que les chirurgiens n'ont pas besoin d'utiliser des métaux chers, il leur suffit d'opérer avec un matériau efficace mais pas trop coûteux non plus. C'est l'efficacité du geste qui compte, comme au théâtre, non la valeur marchande de l'outil. Si les outils ne sont pas factices comme sur une scène de théâtre, ils ne doivent pas non plus être précieux pour bien soigner : Philippe Lançon, dans *le Lambeau*, narre qu'un sac poubelle est ce

²⁴ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris: Gallimard, 2009), p. 77.

²⁵ Hippocrate, *Hippocrate*, trad. par François-Christophe-Florimond de Mercy, (Hippocrate, Paris : Béchot Jeune, 1832), s. d. *Corpus*, Livre IX §2.

qu'il y a de mieux pour prendre sa douche²⁶. Il protège ainsi les pansements apposés sur ses plaies.

Comme au théâtre, il y a une histoire mais la différence essentielle est qu'il s'agit de l'histoire du soigné, l'histoire de sa vie. Le soigné est l'auteur de sa maladie et *le héros* de cette histoire. Elle est racontée par lui avec ses mots, la narration vient du « spectateur ». Le praticien ne joue pas dans une fiction mais occupe un rôle dans une histoire vécue en « vrai » et dont le patient est le principal agent. Cette nuance est très importante car elle modifie considérablement, non le rôle, mais la place de chacun dans cette relation. Les comportements du soigné sont alors très différents de ceux d'un spectateur. Le professionnel de santé, comme un acteur, s'appuie sur ses connaissances pour présenter le diagnostic au patient avec tact et exposer le traitement qui s'impose mais le malade ne *joue* pas non plus, il habite son « rôle » avec toute ses forces, ses émotions et ses sensations. Étant à la fois l'auteur et l'interprète, il ne peut lui être demandé de composer son rôle. Ni le patient, ni le praticien ne viennent chercher des émotions, comme le spectateur et l'acteur. Malheureusement ou heureusement, souvent elles s'imposent et s'installent sans y être invitées : « À la moindre circonstance inopinée, l'homme sensible la (la tête) perd »²⁷.

Le soigné a donc un rôle dans cette représentation car sans lui il n'y a pas d'histoire donc pas de représentation. Au théâtre, la pièce est jouée même si la salle n'est pas remplie. Puis le soignant prend la parole à son tour et le patient apprend le nom de sa pathologie, comment elle se soigne, les risques du traitement, les bénéfices aussi, le temps du

²⁶ Philippe Lançon, *Le lambeau* (Paris : Gallimard, 2018), p. 143 : Les sacs poubelles protégeaient les cicatrices fraîches, les pansements et les perfusions. Il n'est pas si facile de les installer... Ils m'annonçaient aussi une caractéristique de la vie dans un service de chirurgie de pointe : un mélange de technicité, de rusticité et de pauvreté.

²⁷ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 15.

traitement, les conséquences sur sa vie privée, le pronostic à plus long terme. Il attend et écoute le médecin. Qui est l'acteur, qui est le spectateur ? C'est encore un aspect un peu différent du théâtre. L'acteur et le spectateur se répondent : « Le malade est une personne : il y a négociation entre ce qui est bon pour le médecin et ce qui est bon pour le malade »²⁸.

Le rôle joué par le soignant est un rôle de professionnel pour approcher au plus près du patient. Comme l'acteur, il a travaillé, répété *son rôle* pour mériter de l'exercer et être légitime dans une blouse blanche, costume du soignant qui l'identifie. Chaque jour, il doit réfléchir à la construction de ce rôle s'il ne veut pas être englouti dans toute la misère humaine et la souffrance physique des patients approchés. C'est donc un rôle de composition. Ce que nous voulons préciser par-là, est le fait que les soignants n'abordent pas chaque patient à chaque instant de façon spontanée. C'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas agir de manière franche ou même un peu impulsive sans s'exposer à des situations désagréables. « L'insouciance est la principale source de nos erreurs »²⁹. Dans la mesure où chaque patient est différent de son voisin par l'histoire de sa maladie, son caractère, son état physique et psychologique, chaque contact tout au long de la journée demande un temps de réflexion pour adopter un comportement convenable.

Peut-être donc n'est-il pas mal de préciser ces circonstances. Quelles sont-elles ? combien y en a-t-il ?

Eh bien, il s'agit de savoir : (a) qui est l'agent, (b) ce qu'il exécute et (c) ce qui est en jeu ou bien fournit à l'action sa manière ; mais parfois aussi / [5] (d) par quel moyen on agit (ce peut-être, par exemple, à l'aide d'un instrument),

²⁸ Jean Christophe Mino, *Dire ou ne pas dire... Quand informer c'est aussi soigner*, in *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, (Paris : PUF, 2010), p. 235.

²⁹ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010) : pp. 57-60.

(e) dans quelle intention (ce peut être, par exemple pour sa sauvegarde) et (f) de quelle manière (ce peut être, par exemple, avec douceur ou avec force)³⁰.

Le théâtre, avons-nous précisé plus haut, est le lieu où se déroule une pièce : il y a un endroit en ville, connu et reconnu de tous où nous décidons d'aller. De même l'hôpital est repéré dans la cité ; celui qui décide de consulter rentre dans ce lieu. Comme au théâtre, celui qui entreprend la démarche de pénétrer dans ces endroits est en demande vis-à-vis d'une autre personne, personne pour qui cet endroit représente le lieu de son activité professionnelle. Le médecin écoute, analyse, cherche et agit. Quelques minutes ou heures ou semaines plus tard, à l'aide d'examens complémentaires, il pose un diagnostic. Le lien que l'acteur tentait de nouer avec le public d'un soir, le praticien doit le tisser à l'aide d'une relation ayant les mêmes vertus : il doit rencontrer le patient et construire un lien basé sur une forme de confiance. Théâtre et hôpital comportent des similitudes quand il s'agit de raconter une histoire, de prendre rendez-vous, de camper un décor. Les hommes et les femmes des deux institutions travaillent à construire leur rôle, suivent scrupuleusement une mise en scène. Dans les deux cas, il s'agit d'une rencontre. Un théâtre et un hôpital sont connus et reconnus par la population, chaque spectateur rentre dans ce lieu en demande de quelque chose, en attente de quelqu'un. Chacun devra tisser un lien avec l'autre et participer à ce qui se joue. « Parce que quelqu'un compte sur moi, je suis comptable de mes actions devant un autre »³¹.

A contrario les différences se retrouvent chez le spectateur, car l'un va au spectacle quand l'autre plein d'inquiétude va entendre une sentence sur sa santé propre ; l'un projette ses émotions sur l'acteur quand l'autre tente d'intégrer dans sa chair une maladie jusque-là

³⁰ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, trad. par Richard Bodéüs (Paris: Flammarion, 2007), Ch. III [1110 b 32-1111 a 10].

³¹ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, 1^e édition, Essais (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 195.

inconnue. Les émotions sont recherchées et souhaitées durant un spectacle alors qu'elles sont souvent tuées et refoulées à l'hôpital du côté soignant comme du côté soigné où elles sont subies. À l'hôpital le malade/spectateur doit agir, se prendre en charge, décider ou non du traitement proposé comme s'il devait endosser le rôle d'acteur de sa maladie. Si, au théâtre, spectateur et acteur sont bien différenciés de par leur situation géographique de la salle et leurs actions, à l'hôpital la différence est très subtile car le rôle d'acteur se modifie tout au long du séjour du patient. Celui-ci ne sera jamais vraiment acteur mais les équipes soignantes projettent des idées sur le comportement attendu des patients. Souvent elles aimeraient que ces agents soient plus autonomes ou plus soumis, bref elles pensent qu'ils ont un rôle à jouer en tant que malade et elles considèrent que certains l'interprètent mieux que d'autres. Au moment de sortir de l'institution, le patient reprend sa vie en main et redevient acteur de ses agissements.

Enfin, le facteur temps est très différent : si une histoire compliquée se déroule en deux heures au théâtre, elle occupera le temps nécessaire à l'amélioration de la santé de la personne, temps de la réalité et non de la fiction. Le soignant a plus de temps que l'acteur car la relation peut se dérouler sur de longues journées, semaines ou mois et même années. Le facteur-temps diffère essentiellement entre les deux activités. Il est intéressant de s'arrêter quelques instants pour étudier ce concept dans le théâtre et dans l'hôpital. C'est une donnée essentielle dans les deux institutions par la durée et les limites qu'il impose.

I.2 L'espace et le temps au théâtre

Au théâtre, la scène se présente aux yeux du public comme un grand plateau, structuré par des décors modulables tout au long de l'histoire racontée. Les acteurs entrent et sortent au cœur de ces images, selon une fréquence calculée et réglée comme une partition musicale par le metteur en scène. La mission du théâtre est *de transporter* sur la scène le spectateur comme s'il était l'acteur, plus que de le distraire. Le spectateur vit cet instant dans ce lieu, comme un moment de vérité. Rien n'est improvisé, mais les acteurs aiment à nous faire croire que tout est surprise et qu'eux-mêmes ignorent la suite des événements. C'est ce que nous aimons le plus, nous laisser surprendre. De plus, la scène est ce lieu magique où tout se joue selon un temps donné ; nous savons combien de temps dure la pièce et si l'action se déroule sur vingt-quatre heures ou plus. Lieu et temps sont liés dans un présent inventé et un lieu imaginé. Les yeux des spectateurs sont rivés sur la scène et, aussi beau que soit le théâtre, ce n'est pas lui qu'ils sont venus voir, c'est bien cet espace, relativement petit, où les acteurs évoluent, qui les intéresse. Ce lieu produit des rêves, des tragédies, des comédies et les acteurs de toutes ces pièces occupent tout l'espace de la scène : c'est le lieu où ils exercent leur art.

À l'hôpital, nous ne parlons pas de comédies mais de missions que les soignants ont à remplir. L'hôpital est un lieu public dont la tâche essentielle est d'accueillir toutes personnes malades ou souffrantes. Pourquoi cet endroit peut-il être vu comme la scène d'un théâtre ? Parce que les mouvements de chacun, les règles de vie, les organisations et les personnes elles-mêmes sont le résultat d'un long processus : comme au théâtre, ces personnes sont présentes au bon endroit et au bon moment. A l'intérieur de cet établissement nous pouvons croiser toutes sortes d'individus dans des accoutrements aussi variés que bizarres. Des gens vaquent à leurs occupations, se restaurent, rencontrent

leur famille ou leurs amis, comme le foyer d'un théâtre ; et enfin la scène où se joue véritablement la pièce, c'est-à-dire, les consultations, les salles d'examens, d'opération, les services d'hospitalisation, se situe dans des lieux plus secrets. Dans ces endroits, des personnes entrent et sortent par différentes portes ; ils semblent savoir d'où ils viennent, ce qu'ils ont à dire, et où ils vont. Personne n'hésite à parler ou à agir ; chacun connaît sa place et son rôle, ceux qui sont en blanc comme ceux qui sont en tenue de nuit. Les soignants ont tous acquis des diplômes leur donnant l'autorisation d'exercer leur métier dans un institut de soins.

C'est d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades³².

Les soignés ont confié leur maladie au pourvoyeur de soins, à ces soignants dans l'espoir d'un mieux-être. Ils se confient comme le spectateur se laisse emmener par l'acteur. Mais personne n'a envie d'être à la place du malade, alors que tout le monde aime bien être spectateur. Le malade ne peut pas, en général, prendre la place du soignant, comme le spectateur ne peut pas devenir tout à coup acteur. Donc la distribution des rôles semble claire, comme l'histoire qui va se raconter et le lieu où la pièce se déroule. Chacun sait se situer sur la scène, ce qu'il a à faire ou à ne pas faire. La mise en scène est orchestrée par les soignants qui décident ensemble du programme d'entrée et de sortie des patients, du lieu où ils seront installés et de la durée probable de l'hospitalisation ou de la consultation. Si le spectateur aime être surpris par l'intrigue, le patient peut ne pas apprécier, car il est au centre de l'histoire et chaque rebondissement est source d'angoisse. Dans les deux cas, le public se sent directement concerné, même s'il ne sait pas comment toute cette *belle*

³² Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 12e édition, Quadrige (Paris : PUF, 2013), p. 182.

machine fonctionne. Il a décidé de venir dans ce lieu, donc il a une part de responsabilité dans le bon déroulé de *la pièce* jusqu'à la tombée du rideau. Comme au théâtre, chacun va chercher et trouver sa place. Un soigné peut se sentir inférieur aux personnes qui le soignent parce qu'ils ont le savoir, la compétence qu'il n'a pas et qu'ils décident du traitement d'une maladie, mais déjà Hippocrate conseillait que, « Les sièges, autant que possible, seront de hauteur égale, afin que le médecin et le patient soient de niveau »³³.

Certains, pour ressentir au plus près les besoins du patient, tentent de *se mettre à la place* du patient. Nous montrerons plus loin le sens de cette formule et comment elle peut être délétère pour le patient si elle est appliquée à la lettre. L'acteur se positionne en face du spectateur, et tente de jouer son rôle avec talent ; peut-on dire qu'il est supérieur au spectateur ? Nous ne le pensons pas, ce n'est pas dans ces termes que doit être envisagé ce face-à-face. Chacun est installé ainsi par souci d'efficacité. L'acteur veut être vu et entendu, le spectateur veut bien voir et bien entendre.

À l'hôpital, l'efficacité est aussi requise d'abord et avant tout. Le soignant n'est pas au-dessus du patient mais doit remplir sa mission quand le patient, bien que couché doit se laisser soigner. Ils sont deux individus et ils ne sont pas en compétition. Le soignant doit regarder le malade, mais celui-ci doit pouvoir saisir aussi le visage du soignant, pour qu'il se crée entre les deux un aller-retour indispensable à toute relation. Hippocrate s'inquiète du confort du patient et attire l'attention du médecin pour que son confort ne soit pas au détriment de celui du patient : « Une grande clarté est inoffensive pour celui qui traite, mais elle ne l'est pas semblablement pour celui qui est traité »³⁴. Tout individu déteste avoir une lumière intense dans les yeux, ce qui arrive souvent aux patients quand ils sont installés sous les projecteurs – ou éclairage opératoire – pour y être examinés ou opérés.

³³ Hippocrate, *Hippocrate, Corpus* Livre IX §2.

³⁴ *Ibid.*

Au figuré, la citation d'Hippocrate explique qu'il est inconfortable d'être en pleine lumière, au centre de toutes les attentions, quand on est souffrant, ce peut être humiliant. La confiance naîtra de la qualité de cet échange, nous abordons plus loin ce sentiment indispensable à cette relation.

Au théâtre, entre la scène et la salle, il reste un espace pour laisser du champ à chacun, celui qui joue et celui qui regarde. Le spectateur assis à une certaine distance de la scène bénéficie d'un regard d'ensemble. Nous avons, tous une fois dans notre vie, assisté à un spectacle au premier rang, et nous n'avons pu que vérifier que ce n'est pas, en général, la meilleure place. Cet espace permet à l'acteur de développer toute la puissance de son jeu, de donner de la voix pour faire vibrer la salle. Ce peut être aussi vu comme espace de liberté où le spectateur peut quitter la salle sans déranger le spectacle, comme un patient qui peut « signer sa pancarte » et quitter l'hôpital. Un espace entre le soignant et le patient est essentiel à une relation efficace et digne et nous montrerons comment construire cet espace pour que chacun y gagne en sollicitude, reconnaissance et liberté. « Trop loin, le soin est désincarné, trop près il y a perte de l'aspect essentiel du soin »³⁵. Le soignant jouit de tout l'espace qu'il souhaite pour se mouvoir. Le malade, par contre, est contraint par la maladie et le traitement à rester sinon dans son lit au moins dans sa chambre. S'il est libre de sortir de l'hôpital pour rentrer chez lui, il accepte une perte immédiate de liberté s'il accepte les soins, car il doit se plier aux obligations du service. Le seul espace dont il dispose dans un premier temps représente donc son lit et sa chambre. Un des rôles du soignant est de veiller à favoriser la récupération plus ou moins rapide d'une recherche d'espace grâce à la restauration d'une autonomie tant physique que psychologique ; c'est-à-dire qu'il doit repérer chaque signe témoin d'un désir à reprendre pied dans le lieu

³⁵ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, : sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant (Paris : S. Arslan, 2009), p. 9.

partagé par tous : salle d'attente, couloir, jardin. Le patient reprend alors sa liberté de mouvement et ses qualités d'homme libre.

Le lieu et le temps composent deux des caractéristiques de l'hospitalisation. Le lieu est ouvert 24 heures sur 24, est familier au soignant alors qu'il est étrange au malade. Seuls certains endroits sont ouverts au public. Le temps est une des composantes de l'aspect comptable de la relation. On donne une date, on compte le temps qui sépare du prochain résultat, on rythme l'application d'un traitement sur vingt-quatre heures, une semaine, un mois ; le temps du soignant est compté et encadré, celui du malade est plus subjectif, selon son état psychique. La notion du temps perdu par les patients quand ils sont hospitalisés est décrite par Frédéric Worms :

Il [Le soin] est bien plutôt l'expérience diversifiée de relations entre les vivants, qui ouvrent l'espace et le temps imprévisibles, nouveaux et absolus de tout ce qui est non seulement à défendre et à sauver, mais à désirer et à poursuivre³⁶.

Le spectateur, à la sortie du théâtre, peut aussi avoir oublié un moment la date du jour et lieu. Mais le spectateur va vite retrouver ses esprits, pendant que le patient peut continuer à perdre pied avec le temps qui passe. Pour lui, ce temps n'a pas la même durée que pour nous. « Le temps nous paraît long et la vie nous semble courte³⁷ ».

Certains patients racontent qu'ils pensent avoir déjeuné quand nous sommes en pleine matinée, ou qu'ils attendent la visite de leurs enfants parce qu'ils se croient dimanche. Le jour et la nuit se suivent sans que leur horizon ne change alors que les décors de la scène ont déjà changé plusieurs fois. Chacun vit au rythme des équipes de jour et de nuit, des

³⁶ Frédéric Worms, *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ?*, 1^{ère} éd., Éthique et philosophie morale (Paris: PUF, 2010), p. 15.

³⁷ Vladimir Jankélévitch, Barillas Laure, Guinfolleau Pierre-Alban et Worms Frédéric, *L'aventure, l'ennui, le sérieux*, (Paris : Flammarion, 2017), p. 242.

traitements à appliquer ou à recevoir, et des repas distribués à des heures étranges. Philippe Svandra cite Bergson : « Le temps de l'ennui est plus long que le temps passion, ce temps-durée ne se mesure pas il s'éprouve »³⁸. En conclusion nous pouvons dès maintenant noter que le temps est une unité qui diffère entre le théâtre et l'hôpital et qu'à l'hôpital, si la durée d'un séjour hospitalier est calculée, l'impression de ces instants est à l'opposé selon que l'on soigne ou que l'on est malade : l'un est débordé et ne voit pas la journée passée, l'autre s'ennuie et compte les heures et les jours jusqu'à la sortie.

Nous avons abordé les notions d'espace et de temps tels qu'ils nous apparaissent dans une salle de théâtre et dans une salle de soins, nous pouvons envisager maintenant d'évoquer le concept de représentation et découvrir que, s'il est coutumier de parler de représentation au théâtre, il l'est moins à l'hôpital ; et pourtant nous allons découvrir à quel point ces deux lieux d'exercice se retrouvent dans l'art de la représentation.

³⁸ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 151.

I.3 La représentation théâtrale

Les choses de la réalité vont se trouver de plus lestées du poids de la réalité³⁹.

Au théâtre nous assistons à une représentation, les gens du théâtre nous dévoilent un spectacle préparé pour nous. Elle est le fait de montrer et de *se* montrer au public. Nous assistons à une fiction où tout n'est qu'apparence et pourtant nous restons assis et nous apprécions. Nous apprécions parce que nous ne sommes pas du tout acteurs et complètement extérieurs à l'action, même quand nous nous laissons complètement absorbée par la tragédie ou la comédie présentée. Nous restons dans le domaine de l'imaginaire sans aucun enjeu pour celui qui joue sauf de provoquer une catharsis chez le spectateur.

Regardons comment se déroule cette représentation en milieu hospitalier. Quand nous évoquons le concept de représentation à l'hôpital, nous distinguons trois aspects :

Un premier aspect est lié au patient toujours impressionné quand il pénètre dans des salles de radio ou des salles d'opération chargées de tant de matériel complètement étranger à son environnement habituel. Cette première représentation intéresse l'imagerie médicale par exemple. Masquelet précise que c'est une « opportunité formidable de réinvestir le récit de vie du patient en lieu et place de l'anamnèse »⁴⁰. Mais pour le patient qui découvre cet endroit inconnu, tout ce qu'il voit est inclassable pour lui. C'est pourtant dans ce *décor* que ceux qui vont le soigner évoluent. La représentation de l'action à venir est

³⁹ Gilbert Boss, Sympathie et causalité chez Hume in *Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, éd. par Thierry Belleguic, *Les discours de la sympathie*, textes rassemblés et édités par Thierry Belleguic, Éric Van der Schueren et Sabrina Vervacke; introduction et postface de Jean-Pierre Cléro ; Vol. 2 (Paris: Hermann, 2014), p. 111.

⁴⁰ Alain C. Masquelet, *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, éd. par Lazare Benaroyo (Paris: Presses universitaires de France, 2010), p. 213.

radicalement différente pour chaque partie. Nous nous expliquons : le patient abandonne la première idée qu'il s'était faite de son examen pour intégrer ce qu'il observe. Il imagine, tout en écoutant ce qu'on lui dit, le déroulement de l'examen, son inconfort annoncé et imaginant toutes sortes de *scenarii*. Ainsi la réalité se déforme et échappe à la perspicacité du malade. Pendant qu'il est pétri d'angoisse, *les autres* sont à *l'abri* derrière une vitre ! S'ils sont derrière ce bouclier, sans doute y a-t-il un danger dans cette pièce occupée par lui seul, le patient, seul dans cet univers robotisé. Des voix et des bruits singuliers lui parviennent à travers un micro. La machine tourne, monte, descend toute seule utilisant un espace assez considérable. Le patient plonge dans cet univers sans parvenir à faire coïncider sa représentation personnelle avec cette réalité. Cette représentation fantasque ou *phantasia* imaginée par le patient multiplie considérablement son angoisse : « L'imagination construit la réalité physique en se contentant de composer les perceptions »⁴¹.

Un deuxième aspect est lié aux progrès très importants réalisés ces cinquante dernières années dans le domaine de la recherche médicale. Les dernières technologies appliquées pour aider à préciser un diagnostic ou pour traiter une pathologie, ont transformé le rapport de l'individu avec les professionnels de santé. Le patient est confronté à une représentation de sa maladie, mais à une certaine distance de lui. Son regard est posé sur l'ombre menaçante d'une tache suspecte sur la radio, accusée d'être la cause de son mal. Masquelet parle de « la transparence du corps ». La distance entre lui et l'image peut lui permettre de comprendre rationnellement cette cause mais également de ne pas se sentir concerné par cette tache sombre aperçue sur la radiographie. Aucun lien concret pour lui n'existe entre cette image et le ressenti dans son corps. Il lui est difficile de créer ce lien car il ne sait pas comment fonctionne cette machine, son corps. « L'image médicale [...]

⁴¹ Gilbert Boss, *Sympathie et causalité chez Hume* (Paris : Hermann, 2014), p. 111.

évite l'affrontement direct avec le corps [...], elle opère une réification subjective »⁴². Cette image accrochée au négatoscope provient d'un sujet, et le radiologue décrit ce qu'il voit sur la photo. Ainsi le médecin travaille en toute objectivité, Sicard parle même de réification. C'est un moment nécessaire pour établir un diagnostic. Le médecin préserve même une part de mystère en montrant une image qui n'est pas tout à fait la réalité mais la représente à l'aide d'outils très sophistiqués. Tous les résultats obtenus par les différents moyens actuels offrent la même part d'énigme. Un tracé cardiaque, une photo d'échographie, des tomographies cérébrales, ne peuvent être traduits que par des professionnels. Une image n'est pas la réalité mais cherche à la représenter au plus près par un jeu de projection de figures pouvant s'apparenter à une cartographie. Pour Platon, l'image représente une apparence de la réalité.

Mais montrer, par n'importe quel moyen, que le même est autre, et que l'autre est le même, et le grand, petit, [...], tout cela ne relève pas d'une véritable discussion ; c'est la critique puérile de quelqu'un qui se trouve pour la première fois face aux choses réelles⁴³.

Cela peut aider l'individu-malade à comprendre et/ou à garder une distance pour se protéger dans un premier temps d'une très mauvaise nouvelle. L'image floute la réalité, car s'il pouvait voir la réalité, il serait terrifié, mais cette image a le mérite de dire quelque chose qui s'appuie sur le réel. Beaucoup de patients adoptent une attitude de déni face à une mauvaise nouvelle, de là à nier l'évidence il n'y a qu'un pas que l'imagination aide à franchir. Il n'y a ni bien ni mal dans cette attitude, c'est seulement le constat fait auprès de patients que nous, professionnels, n'intégrons pas toujours, car, nous ne doutons à aucun moment de la véracité de l'image et de sa provenance. Les Stoïciens aident à

⁴² Didier Sicard, *Hippocrate et le scanner : réflexions sur la médecine contemporaine : entretiens avec Gérard Haddad*, Esculape (Paris : Desclée de Brouwer, 1999), p. 74.

⁴³ Platon, *Le sophiste*, trad. par Nestor-Luis Cordero, 1269 (Paris : GF, 2008), [259 d], p. 186.

comprendre le mécanisme à l'œuvre à cause d'une simple idée mais à l'origine d'une représentation nocive. Ils donnent l'exemple d'une traversée en bateau : une personne regarde la mer et sent le vent ; soudain elle imagine que la mer pourrait gonfler et le vent se lever. Alors la représentation d'un naufrage éventuel prend le pas sur toute la réalité et la peur commence à s'installer. Si l'esprit reste mesuré, le sujet agira sans être affecté par ces choses qui ne le concernent pas, sur lesquelles il n'a aucun pouvoir. La représentation dont parlent les Stoïciens est une image projetée dans l'esprit de l'homme, comme une radio est une image projetée sur un écran. Le patient peut créer tout un scénario à la vue de sa radio, car l'image qu'il voit représente la réalité, mais mal comprise ou déformée, elle peut être la source de terribles phantasmes.

Nous découvrons que nos jugements dépendent de nous, que ce sont les représentations que nous nous faisons des choses qui nous plongent dans un état de trouble, d'inquiétude, d'incertitude⁴⁴,

Au théâtre, le public imagine et se représente la fin de la pièce. Cette représentation du spectateur l'amène à jouir encore plus de la pièce en se faisant peur ou en imaginant une fin cocasse. Mais comme il ne s'agit que d'un jeu, l'imagination est la bienvenue ; elle produit des émotions souhaitées par le spectateur. Si le spectacle ne coïncide pas avec les émotions mobilisées, le spectateur sera déçu. *A contrario* le malade reste *attaché* à la situation, son esprit ne peut pas prendre de la hauteur, parce qu'il s'agit de son histoire *pour de vrai* et si les soignants ne sentent pas dans quel enfer émotionnel se trouve cette personne, elle mettra du temps à récupérer un jugement rationnel et posé.

⁴⁴ Épictète, *Manuel*, trad. par Pierre Hadot, Le Livre de Poche (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [1,1-2], p. 43.

L'homme est lui aussi, fondamentalement guidé par ses impressions sensibles. Mais puisque c'est un être raisonnable, l'homme exprime ses impressions et peut les maîtriser en les formulant dans un discours intérieur⁴⁵.

Comme Épictète le suggère à l'apprenti-philosophe, le soigné pourrait tenter d'analyser la situation, de comprendre comment fonctionne la représentation de sa maladie et de son traitement pour évaluer sa capacité à réaliser tout seul sa confrontation avec la réalité, rien qu'elle. Alors il confierait son corps aux soignants parce qu'il n'a pas le choix, il ne sait pas se soigner lui-même, et mettrait tout en œuvre pour *prendre son mal en patience* en tentant de garder l'autonomie que sa santé lui autorise.

Il existe une dernière représentation : nous évoquons la représentation de la maladie du patient par les soignants. Que dire de l'image que chacun projette sur l'avenir quand le diagnostic de la maladie a été posé, annoncé avec son cortège de traitement, soins et privations ? Elle ne correspond pas forcément avec ce que les soignants projettent pour ce malade. Les soignants et le malade imaginent chacun un déroulement et une fin, mais contrairement au théâtre, ni les uns ni les autres ne peuvent écrire sur un papier, le déroulé exact de l'action et encore moins la fin. Personne ne peut affirmer que la représentation de l'avenir proche et moins proche du devenir de la maladie et donc du malade, se déroulera comme prévu. D'ailleurs nous emploierons plutôt le mot de projection plus que de représentation pour ce cas de figure. Il n'existe pas de metteur en scène pour orchestrer la bonne marche de l'histoire, même si le médecin organise non seulement le traitement mais sa planification sur le court, moyen et long terme. Au théâtre, l'histoire se déroule comme il est écrit dans le scénario : les effets spéciaux peuvent être très sophistiqués, ils ne pourront jamais remplacer le talent de l'acteur ; à l'hôpital, aucune machine aussi performante soit-elle ne pourra remplacer le travail, la réflexion et l'action d'une équipe

⁴⁵ *Ibid.*, [1-6], p. 51.

soignante même si certaines aides numériques au diagnostic dépassent les capacités intellectuelles d'un seul être humain. Le discernement reste une qualité essentiellement humaine. Ainsi une histoire à l'hôpital s'écrit jour après jour et elle devient le sujet d'une représentation. Acteurs et spectateurs découvrent le dénouement de l'intrigue tous ensemble *en live*, même si les professionnels se permettent une projection et si le patient se raconte une représentation des jours et semaines à venir en fonction du discours des soignants et de son état d'esprit. L'idéal à rechercher serait que la projection des uns et la représentation de l'autre coïncident. Ainsi le même but est poursuivi et atteint. Épictète parle « d'usages de représentation »⁴⁶ comme synonymes de liberté de choix.

L'image de la maladie n'est pas la maladie. La représentation (pénible) n'est pas, puisqu'elle n'est qu'une représentation, la réalité pénible qu'elle prétend représenter⁴⁷.

Cette différence de représentation peut entraîner des malentendus entre l'équipe et le patient, ce qui peut avoir des conséquences sur la relation entre les deux parties, qui doit rester une rencontre. Si la représentation offerte par l'institution ne correspond pas du tout à celle qu'imagine le malade, la rencontre ne pourra pas avoir lieu. Il faudra pourtant que le soignant comble ce fossé de représentations divergentes pour rejoindre le soigné. L'image comme représentation constitue la projection de nos propres émotions sur celles des autres. Philippe Svandra évoque « le spectacle de la souffrance »⁴⁸ pour décrire ce que voit chaque soignant devant une personne douloureuse. Les soignants imaginent souvent combien le malade souffre et veulent le soulager. Leurs intentions sont généreuses mais ne projettent-ils pas leur propre souffrance ? Nous aborderons plus loin

⁴⁶ *Ibid.*, [1, 1-2].

⁴⁷ *Ibid.*, [1, 5].

⁴⁸ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 49.

ce sujet de l'intention dans l'action et ce qui peut se cacher derrière cette sorte de bienveillance dont parle Michel Dupuis : « Les meilleures intentions du monde peuvent être entachées de motifs bien moins nets »⁴⁹. Il défend l'idée, quand nous souhaitons profondément aider quelqu'un et que nous ne vérifions pas si nous ne sommes pas en train de « nous » rendre service, que nous sommes des personnes opportunistes. La plupart du temps nous n'en sommes pas conscients. Aussi notre aide peut terriblement blesser celui qui la reçoit par le sentiment qu'il a d'être « utilisé ».

Si au théâtre le suspense est de mise pour capter l'attention du public, à l'hôpital personne ne souhaite que l'intrigue comporte trop d'imprévus. Tout est mis en œuvre pour gommer toutes les incertitudes au fur et à mesure que l'histoire se déroule. Soit tout finit bien, comme tout le monde l'espère, et chacun est fier d'avoir rempli son rôle, à sa place, que tout ait fonctionné comme prévu, soit tout peut s'aggraver. Nous tentons de prévoir le plus possible l'avenir pour anticiper les complications possibles, donc nous sommes à l'opposé de la démarche théâtrale même si un combat gagné contre la maladie par chaque acteur et spectateur de la pièce est comme un combat gagné par les héros d'une tragédie. La joie de la santé recouvrée est à la mesure de la crainte éprouvée durant les jours et semaines qui ont précédé le dénouement. Celui-ci est vécu avec d'autant plus de force que personne ne le connaissait et même n'osait l'envisager.

L'hôpital peut être ainsi vu comme une grande scène mais différemment du théâtre car cette scène ne ferme jamais ; il s'y joue en même temps toutes les histoires racontées par la rencontre d'un malade avec une équipe ; chacun joue la pièce, son rôle, dans le seul but, non seulement de réussir à créer une relation adaptée mais surtout de gagner la partie sur la souffrance, la maladie. Quelquefois l'histoire d'un patient ressemble à une course

⁴⁹ Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie: choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque* (Paris : S. Arslan, 2013), p. 87.

contre la montre, une compétition plus qu'à une pièce de théâtre. Mais, comme au théâtre, chacun se présente sans possibilité d'échanger sa place avec d'autres. Si la fin est radicale, ou triste, ou décevante ou douloureuse, les hommes et les femmes de cette tragédie vont avoir besoin de temps pour accepter cette situation. Si personne n'imagine la fin, elle arrive pourtant. La représentation a lieu comme au théâtre avec des acteurs — acteurs de la santé — et des spectateurs, la famille, les amis. Les Stoïciens écrivent à ce propos : « La représentation (pénible) n'est pas, puisqu'elle n'est qu'une représentation, la réalité pénible qu'elle prétend représenter »⁵⁰.

Là s'arrête la comparaison avec le théâtre, car le patient joue aussi un rôle, le rôle principal finalement, même si celui-ci semble être joué par l'acteur de soins. Le malade *joue* avec sa vie pour de vrai : *il ne fait pas comme si...*, même s'il *joue* le rôle de malade. La loi de 2002 demande que le soignant parvienne à rendre le patient acteur de sa maladie. Dans le terme *acteur* il y a le mot acte. Le patient est obligé par la loi, d'agir. Si le soignant sort de l'hôpital tous les soirs pour rentrer chez lui, comme le comédien, le malade est toujours à l'hôpital, sous le regard d'autres acteurs de soins qui sont un peu spectateurs alors. Il est en représentation vingt-quatre heures sur vingt-quatre, jamais il ne quitte la scène car c'est la scène de sa vie. Quand un patient décède, certains l'expriment par cette phrase : « Il a tiré sa révérence ! », preuve qu'il a quitté la scène définitivement.

Si chacun connaît sa partition, les rôles tenus restent flous alternant entre acteur et spectateur. La seule certitude que nous ayons, réside dans le fait qu'il ne s'agit en aucun cas d'une fiction. C'est une différence fondamentale que nous retrouverons dans l'exploration des émotions. Nous voyons comment la comparaison avec le théâtre ouvre des horizons sur la relation entre soignant et soigné, comme le rapport aux émotions, à la

⁵⁰ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [1, 5], p. 54.

représentation, mais ce rapprochement trouve aussi ses limites dans la distribution des rôles et l'acceptation des émotions. Cela permet de dégager l'importance du rôle du soigné, acteur de son séjour hospitalier. L'histoire racontée pendant la représentation est l'histoire de la maladie de chaque patient, organisée autour de différents actes : déclaration de la maladie, recherche du diagnostic, traitement proposé, évolution de la pathologie, réajustement du traitement si besoin, surveillance de l'efficacité du traitement, apparition (ou non) des premiers signes d'amélioration, convalescence, sortie du patient. La scène change de décor, du cabinet de consultation, elle se transforme en chambre d'hospitalisation puis en salle d'opération puis en réanimation puis de nouveau en chambre pour finir au bureau des sorties. Chaque fois qu'un patient sort de l'hôpital, c'est la fin d'une représentation. Chacun quitte la scène et *le rideau tombe*. Les soignants restent en scène, le patient redevient acteur de sa vie dans son univers familial. Emmanuel Hirsch écrit à propos de la maladie : « Un vécu étrange, paradoxal, qu'il convient d'assumer de manière trop souvent solitaire »⁵¹. Le soignant exerce sa profession au même titre que l'acteur, le soigné se voit propulsé sur scène sans aucune connaissance médicale. Il doit tous les jours improviser son rôle d'acteur. Pire, plus son cas est grave et intéresse l'équipe, plus son rôle est central. Le malaise éprouvé par certains patients peut venir de cette impression d'être installé au milieu de l'équipe soignante qui rentre et sort de sa chambre sans arrêt ; il est soumis aux regards de tous, ce qui n'est pas du tout la situation du spectateur au théâtre.

Nous avons comparé une représentation théâtrale et une représentation hospitalière. Il s'agit dans les deux cas de projections de ses propres désirs vers une fin imaginée. Soignants et patients luttent ensemble contre une réalité parfois submergeante. Si la

⁵¹ Emmanuel Hirsch, « Éthique hospitalière et relation de soin », *Laennec* 51, n° 3 (2003) : 7, <https://doi.org/10.3917/lae.033.0007>.

technicité très poussée protège un peu le malade de la violence d'un diagnostic grâce à l'image, les représentations que chacun élabore sur le suivi de l'histoire peuvent provoquer des situations très dommageables. Le soignant doit abandonner un temps *sa mise en scène* pour écouter l'imaginaire du patient. S'il y a décor comme au théâtre, l'un des deux *joue* avec sa santé.

Penchons-nous maintenant, sur le vêtement porté par l'acteur et celui revêtu à l'hôpital. Comme au théâtre, chacun se présente habillé dans un certain costume qui l'identifie. L'habit qualifie le rôle et le distingue les uns des autres.

I.4 Les costumes des acteurs

Les Stoïciens comparent la vie à un théâtre au cours de laquelle chacun endosse son rôle avec le *déguisement qui lui sied* et il doit tout faire pour bien jouer. Et Pascal écrit :

Et si les médecins n'avaient des soutanes et des mules et que les docteurs n'eussent des bonnets carrés et des robes trop amples de quatre parties, jamais ils n'auraient dupé le monde, qui ne peut résister à cette montre si authentique. S'ils avaient la véritable justice et si les médecins avaient le vrai art de guérir, ils n'auraient que faire de bonnets carrés. La majesté de ces sciences serait assez vénérable d'elle-même. Mais n'ayant que des sciences imaginaires il faut qu'ils prennent ces vains instruments, qui frappent l'imagination, à laquelle ils ont affaire. Et par là, en effet, ils s'attirent le respect⁵².

Ces quelques lignes nous enseignent que le médecin peut tromper le monde par son accoutrement mais, plus grave, il semblerait que seule sa tenue, la blouse le rend digne de respect, au détriment de la qualité de l'exercice de la médecine. Pascal semble écrire que le praticien s'abrite derrière ce costume pour mieux duper et cacher ainsi son incompetence, car s'il était compétent il n'aurait pas besoin de se *déguiser*. S'il exerçait son métier, qu'il nomme art, cela suffirait à le faire respecter. Au théâtre ce n'est pas le costume qui rend un comédien brillant, mais le comédien qui fait *vivre* le costume et lui donne sa légitimité. Par contre, le costume identifie le personnage. C'est en cela qu'il participe du rôle. Il ne devrait pas être assimilé à la compétence de l'acteur. La solennité du costume peut impressionner l'autre, celui qui regarde, et influencer sur la relation. C'est l'acteur, sous ce costume, qui ne peut économiser ses forces pour jouer en comptant sur sa tenue *pour faire le reste*. Regardons le jeu de l'habillement à l'hôpital. Le patient, selon

⁵² Blaise Pascal, *Pensées*, 1e éd., Le livre de poche Classique 16069 (Paris : Librairie Générale Française, 2000), p. 70.

la cause de son admission, va sans doute changer de vêtement. Toutes les personnes présentes à l'hôpital troquent leur tenue de ville pour celle de l'hôpital. Les malades sont en général en pyjama dès qu'ils ont été conduits à leur lit. Un soignant intègre qu'il est *déguisé* en soignant et le malade en malade. Les patients l'identifient à ses vêtements ; il représente celui qui le soigne. Si nous portons notre attention sur les costumes, l'analogie avec le théâtre est encore plus frappante.

C'est en effet l'institution qui prête ce vêtement en échange du travail, « il ne sera porté que pour entrer en scène, pour jouer sa représentation » fait remarquer le médecin⁵³.

Parlons tout d'abord du symbole du vêtement de soin : la blouse blanche. Quel soignant n'a jamais éprouvé une forme de fierté à enfiler sa blouse blanche pour la première fois ! Ce jour-là nous accédons à un statut très spécial : celui de soignant. Il y a du sacré dans ce costume et sa représentation induite. Sacré parce que ce groupe de soignants touche au plus intime de l'homme physiquement et moralement ; il a l'immense privilège d'approcher la souffrance de l'autre, d'avoir les moyens de la soulager ou presque, l'immense privilège d'approcher aux confins des mystère de la vie et de la mort. Un lien sacré se tisse alors entre le soin et le vêtement. La blouse blanche permet d'identifier les soignants, de les distinguer dans un groupe, de les reconnaître. Elle protège, un peu, le soignant contre la contamination, contre sa fragilité d'homme ordinaire, mais surtout elle légitime son rôle de soignant. Avant de s'habiller, le soignant est anonyme, il revêt sa tenue, il devient quelqu'un, quelqu'un qui soigne. Le sacré est dans ce passage entre l'anonymat et l'impression d'exister. L'attachement se situe dans la reconnaissance professionnelle, dans la distinction. Un soignant sans blouse blanche a l'impression d'être

⁵³ Ginette Francequin, *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, Sociologie clinique (Ramonville Saint-Agnès : Erès, 2008), p. 101.

confondu avec tout le monde alors qu'à l'intérieur de l'hôpital il ne veut pas être assimilé à *tout le monde*⁵⁴. Il a une connaissance, a développé un savoir qui lui donne un pouvoir, celui de prescrire un traitement, de l'arrêter, de garder un patient un peu plus longtemps que prévu ou de signer sa sortie. Ce pouvoir peut impressionner car il semble être capable de redonner la vie ou de l'ôter. Il ne veut pas être confondu avec *la foule*. Ce vêtement sort le soignant du lot, de la masse, il est quelqu'un et les patients le reconnaissent bien comme ça. Qui n'a pas assisté avec un certain respect ou étonnement, à la *grande visite* du chef de service ? Il passe de chambre en chambre accompagné de toute son équipe, salue chaque patient et distille son enseignement aux étudiants respectueusement massés autour de lui. Lui c'est l'acteur principal et cela évoque bien une représentation. Ces personnes toutes habillées en blanc se comprennent à demi-mot dans ce langage obscur pour n'importe quel quidam. Certains malades sont très intimidés, d'autres moins ; la mise en scène autour de ce phénomène dure depuis quelques siècles et cette visite de service ressemble à une cérémonie bien codée. Il se crée une distance entre le corps soignant et les soignés qui protège les uns mais peut gêner les autres. Certains malades sont agacés par le côté théâtral de cette visite qui n'apporte pas grand-chose à chaque patient pris individuellement, car il s'agit souvent d'enseigner aux étudiants. D'autres restent très impressionnés. L'évaluation de l'état du patient se déroule le plus souvent dans un moment plus intime et plus resserré avec un soignant. Mais ce décorum peut aider ces patients à trouver des repères et à mieux comprendre ce qui se passe et qui s'occupe d'eux. Si nous devons symboliser cette profession, le premier élément serait la blouse blanche

⁵⁴ Annexe 3 « Difficulté à être en civil face à un individu victime d'un malaise dans la rue. Il n'y a plus ce lien, cette reconnaissance automatique avec le costume. Un infirmier raconte que quelque fois il a été auprès de patients qui voulaient voir un médecin à tout prix et le seul fait de voir un homme en blouse blanche suffisait à les rassurer. »

avant le stéthoscope ou la seringue : « Le vêtement professionnel de la soignante en lui-même est riche de sa valeur émotionnelle et fort du pouvoir qu'il engendre »⁵⁵.

Alors si nous réfléchissons à ne pas mettre notre blouse de temps en temps, pouvons-nous perdre un peu de cette aura que nous donne son blanc immaculé ? Nous revenons à la phrase de Pascal, un bon médecin est reconnu, qu'il soit en blouse blanche ou pas. Ainsi il serait possible que certains n'aient pas besoin du vêtement pour remplir leur rôle, mais beaucoup se sentiraient blessés ou rabaissés, sans doute. Si quelqu'un leur proposait, en consultation par exemple, de rester en tenue civile, même si l'idée de cette nouvelle tenue est mieux vécue par les patients, il n'est pas sûr que ce soit adopté facilement. L'idée de se détacher de la tradition est complexe. Celui qui choisirait de ne plus porter sa blouse dans certaines circonstances, se libérerait de la contrainte d'être en blanc, mais peut mettre les autres soignants et certains patients mal à l'aise. Dans un groupe, tout le monde doit délibérer de l'opportunité de changer les habitudes pour que chacun y adhère. Quand un soignant réfléchit à sa position vis-à-vis du patient, il peut découvrir qu'il impose et s'impose une conduite peut-être très lourde à assumer et que cette conduite peut être simplifiée. Si ne plus revêtir un costume particulier est une avancée vers une forme de liberté enrichissant la relation soignant-soigné, alors il faut le montrer pour convaincre. Ce ne doit pas non plus être transformé en diktat. Trouver le bon moment et le bon endroit pour prolonger la relation soignant-soigné au-delà du costume, pourrait rejoindre l'idée d'un détachement possible. Chacun existe dans sa position d'homme, l'un soigne et l'autre est soigné mais ils sont des hommes (et des femmes) et la relation se nivelle. La comparaison avec le théâtre s'amenuise, comme si, de temps en temps l'histoire se

⁵⁵Ginette Francequin, *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, (Ramonville Saint-Agnès : Erès, 2008), p. 114.

racontait en coulisses, sans artifice et sans spectateur. La relation gagne en authenticité si le soignant abandonne de temps en temps, la part de théâtralisation de son exercice.

Il en est du spectacle comme d'une société bien ordonnée, où chacun sacrifie de ses droits primitifs pour le bien de l'ensemble et du tout⁵⁶.

Comme le montre Diderot, chacun doit agir dans une société en ayant conscience des autres, c'est-à-dire que l'intérêt de la communauté, l'hôpital ici, prévaut sur les intérêts personnels.

La gravité de l'enjeu contraint les acteurs de l'hôpital à ne pas *faire comme si*, mais à agir avec toute l'énergie et la force nécessaires pour accompagner les soignés au-delà de l'épreuve qu'ils traversent. Le port du costume reste banal pour le soignant mais peut être la raison d'une appréhension de la part du malade : « J'ai eu peur des blouses blanches » rapporte Jean-Pierre Graftieux. Car du point de vue du soigné, ce vêtement symbolise la maladie, la souffrance, la perte d'un être cher. Alors oui il peut faire peur mais il nous semble que beaucoup n'apprécierait pas ce changement de costume ; les patients évoluent dans un univers sans repère pour eux et même si ce costume peut les effrayer, la blouse blanche est reconnue comme une attache qui leur permet de s'abandonner ou au moins commencer à faire confiance à cette personne en blanc. C'est elle qui a le savoir, qui les soigne, ils la connaissent et la reconnaissent bien. Si le soignant est en civil, le soigné va s'égarer dans les visages et ce peut être une cause de perte d'orientation, de confiance : « si le praticien ne porte plus de blouse blanche qui nous soigne ? Comment être sûr que cette personne est habilitée à prodiguer des soins » ? Mais ce qui est remarquable n'est pas tant la blouse en soi que sa couleur.

⁵⁶ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 24.

Les blouses à l'hôpital soulèvent la question du corps d'appartenance, appartenance à un groupe de métier...ou à un groupe de soignants relevant d'une chaîne de soins...S'agirait-il d'une absence de reconnaissance pour les uns comme pour les autres si changer de couleur de blouse semble poser autant de problème⁵⁷ ?

Le blanc est reconnu, identifié, et est porté comme un symbole par les soignants. Ils ne porteront jamais une blouse d'une autre couleur. La question posée par G. Francequin est de cet ordre : cette couleur porte avec elle ce quelque chose de sacré aussi indissociable que la blouse. En supprimant ce caractère immaculé aux soignants, ils se rangent parmi les hommes habillés de toutes les couleurs, les hommes ordinaires que rien ne différencie des autres, ce que décrit Pascal dans sa citation. En maternité, les sages-femmes en particulier, portent très souvent un pyjama ou une blouse rose pour harmoniser la naissance avec une couleur douce. Sans doute a-t-on voulu différencier la maternité des autres services. Les femmes enceintes et les jeunes accouchées ne sont pas des malades *a priori*.

Le blanc est une protection symbolique contre l'ordinaire. Les soignants habillés en blanc se sentent dépositaires d'une mission ; ne parle-t-on pas de vocation ? Le métier de soignant est un peu à part des autres métiers car il touche à l'intime, à la vie et à la mort. Demander à un médecin de porter des couleurs ordinaires, c'est lui demander de renoncer à une partie sacrée de sa mission. S'il reçoit les patients dans son cabinet, en civil, rien ne le différencie de sa clientèle. Peut-être a-t-il l'impression que son rôle de soignant, sans ôter la moindre compétence au geste ou au diagnostic, sombre dans la banalité. Peut-être est-ce très difficile d'être confronté à la mort et à la souffrance tous les jours, sans essayer de se positionner au-dessus, à l'écart, de cette misère ? Quelques médecins n'ont plus

⁵⁷ Ginette Francequin, *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, (Ramonville Saint-Agnès : Erès, 2008), p. 109.

besoin d'être en blanc pour se sentir médecin et exercer leur art avec brio ; sans doute la maturité joue-t-elle un rôle et sont-ils comme l'acteur de Diderot, tellement exercés à jouer leur rôle de soignant et reconnus par le public, que le costume n'apporte plus grand chose. *A contrario* un jeune médecin a besoin qu'on le prenne au sérieux et le vêtement l'y aide ; un comédien entre mieux dans la peau de son personnage, revêtu du costume. Le costume et le décor servent aux spectateurs, aux malades. S'ils n'ont pas les clés de la pièce à jouer, ils ne peuvent pas entrer et devenir acteurs à leur tour.

Nous touchons à une autre limite de la comparaison du comédien avec le patient. Quand celui-ci rentre sur scène il ne connaît pas le texte des professionnels de santé, il raconte l'histoire de sa maladie. Le blanc de la blouse indique un rôle et une fonction. Les soignants s'habillent en blanc et endossent ainsi leur rôle de soignant mais chacun remplit une fonction limitée à son domaine d'expertise qu'il faut préciser au patient pour qu'il sache à qui s'adresser selon son besoin. Cette fonction reconnue de chacun structure la mise en scène du service dont la tâche essentielle, rappelons-le, consiste à prendre en charge des hommes, des femmes et des enfants en demande de soins.

Intéressons-nous au patient et à son habit : c'est important d'être reconnu comme *malade*. Il peut y avoir une forme de soulagement et de satisfaction de savoir que quelqu'un prend en charge sa maladie. Alors s'il doit ressembler à toute personne en bonne santé, les dés sont pipés, le jeu est faussé. Comment peut-on jouer son rôle de malade sans avoir revêtu le bon costume ? Cette question va très loin, car elle nous entraîne vers une idée de vrais ou de faux malades. Quand tout le monde est en pyjama tout le monde est malade. Quel statut donné à ceux qui ne sont plus en pyjama ? Faut-il être en pyjama pour être malade, ou être malade pour être en pyjama ? Dans certains services recevant des patients atteints de maladies chroniques donc nécessitant de longs et fréquents séjours l'habitude est prise souvent de suggérer aux patients de s'habiller en civil après leur toilette. Beaucoup

apprécient car ils se sentent moins souffrants en civil et peuvent même se fondre dans la foule des visiteurs à l'entrée de l'hôpital et ainsi ne pas être considérés comme *malades*. Mais pour d'autres, endosser le costume, le statut et le rôle de malade leur sied tout à fait. Ils souhaitent que l'équipe soignante les prenne au sérieux. Un vêtement enveloppe chacun et qualifie son rôle, rôle qu'il va jouer superbement ou pas. Cette enveloppe est aussi une protection contre les malentendus et les indiscretions.

[...] des patients peu enclins à la bonne observance, des patients agités ou anxieux risquent de ne pas remplir le cahier des charges attendu pour mériter le respect de l'équipe⁵⁸.

Malheureusement les équipes peuvent porter des jugements négatifs sur le comportement d'un patient qui, une fois habillé en malade, peut se sentir en retrait de la vie normale et laisser s'exprimer son agressivité. Si le patient est en droit d'attendre du respect de la part des équipes, de leur côté les soignants sont en droit d'en attendre de la part des patients. Le costume habille l'homme mais également son esprit, ses émotions. Au théâtre, le costume traduit le rôle tenu par la personne qui rentre en scène. Il aide le spectateur à se situer, à comprendre. A l'hôpital, la blouse blanche ressemble à toutes les autres blouses blanches. Néanmoins, un patient assis devant quelqu'un porteur d'une blouse blanche, sait qu'il s'adresse à un praticien. Aussi adaptera-t-il son attitude, son discours pour raconter son histoire et être entendu. La personne en blanc est capable de l'écouter pour le soigner. Immédiatement la blouse blanche crée un lien de confiance. L'enjeu sera de fortifier ce lien le temps que durera la relation. Le contact visuel avec le vêtement fixe la première impression. Si la personne porteuse de ce vêtement se comporte autrement que l'attente du soigné, il peut y avoir surprise, décalage voire déception et défiance. Par contre, si

⁵⁸ Jean Christophe Mino, *Dire ou ne pas dire... Quand informer c'est aussi soigner*, (Paris: PUF, 2010), p. 256.

l'image coïncide avec la représentation que la société se fait de *l'homme en blanc*, le patient se laissera approcher, examiner et soigner en toute confiance. Entre le médecin et le malade peut s'installer une relation de l'ordre du contrat : « j'ai la compétence pour vous soigner, vous me faites confiance ; je suis malade et ne peux me soigner tout seul, je vous confie ma pathologie, ma santé ». D'ailleurs le patient signe un document reconnaissant être informé et accepte le traitement malgré les risques encourus. Il se scelle un contrat entre la blouse blanche, médecin et toute équipe médicale et paramédicale confondus, et le pyjama porté par le patient. Cette blouse blanche reconnaît le patient mais ne peut déborder de ses prérogatives en étant intrusive, déplacée ou trop distante.

Pourquoi le patient doit-il être à tout moment en pyjama ? Si les patients pouvaient dans la journée s'habiller *en civil* et les soignants ne pas enfiler leur blouse, aurions-nous les mêmes relations ensemble ? Serait-il envisageable de donner le choix au patient de s'habiller en civil ou non après sa toilette ? Ruwen Ogien, grand spécialiste d'éthique en France, précise que la tenue des patients en blouse d'hôpital déambulant dans les couloirs, guidant leur pied à perfusion les fesses à l'air, relève de l'infantilisation, de l'humiliation. Peut-être souffriraient-ils moins de n'être pas vu comme un patient, de ne pas ressembler à un patient. En résumé, l'individu endossant une blouse blanche, porte avec elle tout un *Code déontologique*, un savoir, un savoir-être, un savoir-faire quand un autre individu est vêtu de manière peu élégante. Il va lui être plus difficile de rester un individu-citoyen et d'être considéré comme tel aux yeux de l'équipe.

Une expérience, relativement récente au début des années quatre-vingt-dix, a changé le regard que les soignants portent en général sur les malades : il s'agit de l'ouverture des services ambulatoires qui a modifié les relations entre soignants et soignés et le port des vêtements. Les personnes admises dans ces services, ressortent le soir même et n'épousent que très rarement le statut de patient. Nous, soignants, avons été surpris, pour ne pas dire

déstabilisés, par cette attitude, car nous ne savions pas *être* autrement. Ces personnes se comportent comme des clients, consommant les moyens de santé mis à leur disposition pour un diagnostic ou une courte intervention, des clients avec leurs exigences comme ressortir de l'institution à l'heure décidée par eux et non l'inverse, parce qu'ils *ont autre chose à faire*. En effet, ils ne restent jamais en tenue hospitalière. Comme leur objectif est de quitter l'établissement très rapidement, ils se rhabillent en civil dès qu'ils le peuvent. Pour nous, il devient alors difficile d'identifier un patient, d'un membre de sa famille. Ils ne veulent pas être considérés comme malades. Le lien entre eux et nous s'inverse car nous portons toujours le blanc et eux sont en civil. La blouse devient alors outil de travail, confrontée à une tenue civile symbolisant les droits d'une personne civile. Ces *patients* savent rester acteurs de leur statut, ils se montrent souvent plus exigeants, plus impatients ; leur comportement se rapproche de celui d'un client, plus que d'un malade. Le patient utilise le vêtement pour reprendre sa vie en main ; en se rhabillant, il montre à l'équipe qu'il maîtrise son destin, qu'il n'est pas malade. Il se détache de la structure hospitalière, de l'équipe médicale et souhaite reprendre son autonomie d'homme libre. Les équipes doivent adapter leur manière d'être pour garder le contact avec eux, le temps passé dans le service, pour repérer les signes de reprise de liberté de ce patient. Le soignant doit alors aussi se détacher pour trouver la bonne distance quand il administre les soins nécessaires, et rendre à ce soigné son espace de vie quand il le souhaite. Cette idée de *bonne distance* permet de laisser de l'espace aux patients tout en vérifiant qu'aucun risque n'est pris dans cette quête de liberté, dans ce changement radical du paradigme du patient.

Nous avons *habillé* chaque protagoniste de la relation soignant-soigné nous allons préciser maintenant le rôle de chacun quand il *fait* l'acteur.

I.5 Les acteurs au théâtre et à l'hôpital

Si le comédien était sensible, de bonne foi lui serait-il permis de jouer deux fois de suite un même rôle avec la même chaleur⁵⁹.

Denis Diderot dans le petit ouvrage du *Paradoxe sur le comédien* explique à un ami pourquoi le comédien doit jouer son rôle à fond, tout en le fabriquant de toutes pièces. Ainsi la *personne civile* du comédien ne s'épuise pas à s'imprégner de toutes ces émotions et le comédien conserve un jeu excellent à chaque représentation. Quand le rideau tombe, il retourne à sa vie privée sans être affecté par le rôle. L'acteur travaille son rôle pendant des semaines pour atteindre l'excellence. Aussi allons-nous regarder de plus près la méthode employée pour tendre vers cette perfection. Peut-être trouverons-nous un début de réponse pour comprendre ce qu'il en est de la souffrance des soignants dans la relation soignant-patient à l'hôpital ?

Il est impossible de demander à une infirmière de s'investir dans des relations complexes, [...], d'être présente pour lui (le patient) si, de son côté, elle se sent épuisée, débordée et désinvestie⁶⁰.

Quand le comédien entre sur scène, il s'adresse à chacun assis dans la salle. Il *sent* si le charme opère ou pas, il est à l'écoute, et, selon, il peut adapter son jeu à cette sensation. Il échange avec un être monolithique qu'est le public et utilise au plus profond de lui, les outils nécessaires pour jouer en harmonie avec ce public, celui de ce soir-là. Alors il y a rencontre. Durant une pièce, un échange s'instaure ; l'acteur transmet au public sa volonté de transformer le *comme si c'était vrai*. Son métier prend tout son sens face à tous ces

⁵⁹ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris: Gallimard, 2009), p. 11.

⁶⁰ Nancy Kentish-Barnes, *Vécu de la parole en réanimation* in *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, éd. par Lazare Benaroyo, (Paris : PUF, 2010), p. 187.

gens assis dans la salle ; sans lui, tout son travail d'acteur, toutes les répétitions perdent leur valeur. Il veut partager cette pièce, cet auteur avec le public, il veut que le public réagisse, aime la représentation et prenne du plaisir. Tout le travail des répétitions lui a permis de maîtriser, de construire ce rôle octroyé. Quand il acquiert une totale maîtrise de son jeu, il joue et, à chaque représentation, peut varier ses attitudes, l'intonation de sa voix pour coïncider avec le public, le faire vibrer avec lui, comme un virtuose sur un piano. La partition existe, elle sert de cadre, mais l'acteur peut créer une infinité de façons d'interpréter ce rôle. Ainsi, tout au long du déroulement de la pièce, le public devient petit à petit le complice volontaire de ce qui se joue. Le jeu de l'acteur nous conforte dans ce rêve. Le public reste suspendu dans ce monde onirique pendant toute la durée de l'intrigue. Si l'acteur ne s'installe pas à fond dans son rôle, qu'il s'épuise à l'interpréter, le spectateur lâche son attention et se détache de la scène ; il retourne à la réalité. Le charme est rompu et il dira que la pièce est un *four*.

Tout son talent consiste non pas à sentir, comme vous le supposez, mais à rendre si scrupuleusement les signes extérieurs du sentiment, que vous vous y trompiez⁶¹.

Les acteurs sont des hommes et des femmes qui interprètent des personnages historiques ou fictifs. Ils ont été choisis par le réalisateur de la pièce de théâtre pour interpréter un rôle. Ce rôle peut être très varié, pouvant être un roi ou un mendiant, un artiste ou un citoyen ordinaire, un fou ou un sage ; le comédien doit s'attendre à jouer n'importe quel personnage contemporain ou non. C'est important de préciser ce point, car, non seulement leurs capacités à interpréter absolument tout, restent sans doute exceptionnelles, mais et surtout, dans l'art de l'interprétation et du choix du masque, du costume, du langage, du

⁶¹ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris: Gallimard, 2009), p. 17.

personnage, elles apparaissent sans limite. Qu'est-ce que cela signifie ? Que l'homme qui joue Harpagon, devient Harpagon pendant les deux heures que dure la représentation. Il en a le costume, le masque, les expressions, le langage, les paroles, le ton de la voix. De son côté, le spectateur avait imaginé (avait élaboré une image) un Harpagon, avec un certain aspect, une certaine voix, sa mesquinerie, sa cruauté ; alors l'homme devant lui joue-t-il *bien* Harpagon ? *L'imite-t-il bien* ? La représentation que le spectateur se faisait de *son* Harpagon correspond-elle à celle proposée par l'acteur ? En un mot, l'acteur et le spectateur ont-ils la même vision d'Harpagon ? C'est important que la représentation du personnage joué coïncide avec les deux images que chacun s'est construites et, si elle ne coïncidait pas, l'acteur doit emmener le spectateur doucement vers son personnage. L'acteur ressent du plaisir à jouer et sentir la salle vibrer, en dehors des émotions liées à son rôle ; il peut ressentir de la fierté pour la réussite annoncée de son interprétation. Il partage une forme d'amitié avec la salle, une sorte d'empathie où les attentes du spectateur sont comblées ; l'acteur a le ton juste, attendu par tout le monde. Ce comédien transmet de la générosité ; il *donne tout* pour jouer à fond ce rôle, pour le jouer et non le vivre : « [...] (le comédien), sera un, toujours également parfait »⁶². Il sait qu'il *représente* Harpagon pendant deux heures et personne d'autre. Fin du spectacle, le rideau tombe, l'homme-Harpagon remercie sous les applaudissements ; il est heureux d'être reconnu, de ressentir la joie du public. Puis il quitte la scène, se dessaisit d'Harpagon, range les habits du rôle, se démaquille et regagne son domicile : qu'est-ce qui différencie alors cet homme d'un autre ? Pas grand-chose ; il exerce un métier du mieux qu'il peut. Son métier est comédien comme d'autres sont médecins ou inspecteurs des impôts. Tout le monde revêt un habit la journée pour endosser un rôle, et redevient lui-même une fois chez lui. La différence tient à l'investissement que chacun met dans son personnage professionnel.

⁶² *Ibid.*, p. 12.

Mais non seulement l'investissement mais un investissement adapté. De quoi parlons-nous quand nous parlons de tout donner ? Comment passer de ce rôle d'acteur à celui de médecin ? Comment rompre avec *Harpagon*, avec tous les soignés, comment décrocher ? Deux questions se posent : d'abord comment construire un rôle sans s'y perdre et perdre son identité, sans avoir l'impression de se mentir et de mentir aux autres ? Ensuite comment adapter ce rôle très particulier à une vie professionnelle hospitalière en gardant le même enthousiasme tout le long de ce parcours jonché de misère et de souffrance ? A ce double problème correspond un double objectif : celui d'être toujours performant dans l'exercice de sa fonction en restant honnête avec soi et les autres, et celui de savoir tenir ce rôle une fois l'habit revêtu.

Dans les tribunaux, dans les assemblées, dans tous les lieux où l'on veut se rendre maître des esprits, on feint tantôt la colère, tantôt la crainte, tantôt la pitié, pour amener à ces sentiments divers. Ce que la passion elle-même n'a pu faire, la passion bien imitée l'exécute⁶³.

Comment construire le rôle d'un soignant : spontanément, nous avons envie de nommer acteurs, tout le personnel soignant et spectateurs, tous les patients. Les soignants *jouent* un rôle à l'hôpital⁶⁴. Mais ils ne jouent pas dans le sens où ils font *comme si*, où ils imitent un modèle, mais dans le sens où, une fois vêtus de blanc, ils endossent une fonction. Elle est en harmonie avec les connaissances de cette personne. Si l'acteur a longtemps répété son rôle pour bien le maîtriser, il a dû faire ses premiers pas dans une école dramatique, dans un conservatoire. Les soignants ont suivi un enseignement pour gagner le droit d'exercer leur charge et tous les jours ils « répètent » leur rôle. Ils peuvent relire leur texte,

⁶³ *Ibid.*, p. 80.

⁶⁴ Annexe 3. « *Est-on sincère quand on joue un rôle ?* » Question posée par une élève-cadre en réponse au questionnaire proposé. Elle pensait qu'elle ne pouvait soigner qu'en étant totalement franche avec les patients. Sinon elle avait l'impression de leur mentir.

leurs cours, des publications ou s'adresser à un confrère. Ils doivent être en mesure de voir le patient et de lui présenter sa maladie, son traitement et le pronostic qui en découle. Est-ce si différent de l'acteur ? Diderot décrit, dans son ouvrage, le travail de l'acteur comme la construction de l'imitation exacte du personnage à jouer.

Le grand comédien observe les phénomènes ; l'homme sensible lui sert de modèle, il le médite, et trouve, de réflexion, ce qu'il faut ajouter ou retrancher pour le mieux⁶⁵.

L'acteur cherche à tellement lui ressembler, qu'il rentre totalement dans la peau du personnage. Il n'y a plus de distance entre les deux hommes, durant le spectacle, ils se confondent. A ce moment-là, les spectateurs confondent l'acteur, l'oublient et ne regardent que le personnage. Le soignant construit et apprend sa fonction jour après jour une fois la théorie acquise et il doit parvenir à cet instant un peu magique où l'individu qui revêt sa blouse blanche revêt dans le même temps sa fonction et donc son rôle. Ce n'est pas une symbiose avec le patient mais avec lui-même pour se protéger.

Il est moralement souhaitable d'essayer de comprendre tout ce que ressent un patient qu'il parle ou non. C'est ce qu'on appelle l'empathie. Toute la difficulté est de discerner l'empathie, des attitudes *bienveillantes* qui sont parfois de la bouillie de sentiments⁶⁶.

On pourrait nous opposer l'idée que le soignant joue un rôle et que l'empathie éprouvée auprès des patients serait *feinte*. Nous ne voulons pas dire que le soignant est hypocrite, mais qu'il joue le rôle de professionnel et dans ce rôle il montre de l'empathie. Mais ce n'est pas l'empathie de l'homme de la rue, c'est une empathie que nous pourrions

⁶⁵ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, (Paris : PUF, 2013), p. 39.

⁶⁶ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. .

qualifier de professionnelle. « [...] : l'illusion n'est que pour vous ; il sait bien, lui, qu'il ne l'est pas »⁶⁷. Le professionnel a « appris » à pratiquer l'empathie.

La deuxième question : comment soigner tous les jours, tous les patients avec la même qualité de prise en charge ? Comment quitter l'hôpital et vivre sa vie citoyenne, sans être envahi par la souffrance humaine ? Posé autrement, le jeu du soignant, bascule-t-il dans une imitation de son rôle ou doit-il rester lui-même ? « Le devoir de tout acteur (de soin) est de ne jamais être tout à fait tranquille »⁶⁸. Comme le patient, le médecin interprète son propre personnage, donc pourquoi devrait-il travailler son rôle ? Tout l'intérêt du détachement se situe à cette articulation. Si le médecin s'investit totalement dans son métier, comment « cessera-t-il d'être lui ? »⁶⁹, c'est-à-dire, comment retrouver ses esprits à la fin de la journée. Qui est-il, s'il n'est plus soignant ?

Ce qui me confirme dans mon opinion, c'est l'inégalité des acteurs qui jouent d'âme. Ne vous attendez pas de leur part à aucune unité ; leur jeu est alternativement fort et faible, chaud et froid, plat ou sublime. Ils manqueront demain l'endroit où ils auront excellé aujourd'hui ; en revanche, ils excelleront dans celui qu'ils auront manqué la veille. Au lieu que le comédien qui jouera de réflexion, d'étude de la nature humaine, d'imitation constante d'après quelque modèle idéal, d'imagination, de mémoire, sera un, le même à toutes les représentations, toujours également parfait : tout a été mesuré, combiné, appris, ordonné dans sa tête ; il n'y a dans sa déclamation ni monotonie, ni dissonance.⁷⁰

Cet agent apprend avec l'expérience, à construire ce rôle en accord avec sa fonction et ses valeurs pour adapter rapidement son approche du patient et ses actions à la demande de celui-ci.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 18.

⁶⁸ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 14.

⁶⁹ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 12.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 12.

Celui que la nature a signé comédien, n'excelle dans son art que quand la longue expérience est acquise, lorsque la fougue des passions est passée, lorsque la tête est calme, et que l'âme se possède⁷¹.

Nous verrons dans le cadre des passions, des paramètres comme l'expérience et la distance avec l'évènement, impliquées dans la construction de ce rôle. Il est moralement souhaitable d'essayer de comprendre tout ce que ressent un patient qu'il parle ou non. C'est ce qu'on appelle l'empathie. Toute la difficulté est de discerner l'empathie, des attitudes *bienveillantes*.

La compassion du spectateur doit naître uniquement de la considération de ce qu'il sentirait lui-même s'il était dans ce même état d'infortune tout en étant encore capable, ce qui est peut-être impossible, de considérer son état avec sa raison et son jugement actuels.⁷²

Intéressons-nous au spectateur et au rôle qu'il joue dans la salle. Quelles émotions ressent-il ? Sans doute éprouve-t-il du plaisir, plaisir contemplatif, pouvant se transformer en gratitude, joie aussi, mais ce peut-être de la colère si la pièce ne correspond à son attente ou de l'ennui. A l'extrême, il peut ressentir de la gêne ou de la honte pour ce pauvre acteur se débattant sur cette scène dans un rôle trop grand pour lui. A la sortie du théâtre, il peut être heureux grâce au moment passé ou de mauvaise humeur. Il peut même être profondément marqué par la pièce. Si nous comparons l'attitude du spectateur à celle du patient, nous relevons un parallèle, celui d'être passif, d'attendre tout de quelqu'un, quelqu'un sur lequel il n'a aucune prise. Ces deux personnages accueillent l'acteur ou le praticien avec impatience, espoir, mais l'un souhaite passer une bonne soirée, quand

⁷¹ *Ibid.*, p. 26.

⁷² Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, trad. par Michaël Biziou, Claude Gautier, et Jean-François Pradeau, 2e éd., Quadrige (Paris : PUF, 2011), p. 29.

l'autre espère entendre une bonne nouvelle ou être bien pris en charge pour moins souffrir. Le premier assiste à une tragédie et si les acteurs effectuent une excellente performance, il applaudira avec enthousiasme à cette représentation malgré le drame aperçu. Le patient restera assommé par une très mauvaise nouvelle, accompagnée d'un pronostic sombre même si le praticien est le meilleur de toute la place. « Être en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique »⁷³.

S'il y a un parallèle dans l'attitude de ces personnes, la différence essentielle tient à l'histoire racontée. Dans le premier cas, l'histoire déroulée ne concerne pas le public, dans le second cas, le patient est le principe même de l'histoire. Sans lui, l'histoire n'existe tout simplement pas. Dans les deux cas, la confiance s'invite à la relation. Le spectateur a choisi ce théâtre, cette pièce parce qu'avec les données lues, il espère une excellente interprétation des acteurs. Il en sera d'autant plus déçu. Le malade choisit le médecin appelé à le soigner, il le connaît lui ou sa réputation. Donc dans un premier temps le malade se confie. Il n'a pas confiance tout de suite, mais il doit se confier au soignant qui l'accueille et décider par lui-même s'il peut lui laisser appliquer le traitement de sa maladie. Nous ne sommes pas éloignés du spectateur en début de représentation. Le patient est comme un spectateur. Il est assis la plupart du temps, les soignants bougent autour de lui, il regarde, écoute, évalue, apprécie ou non ce *ballet*. C'est le moment de la recherche du diagnostic. Il ressent en général de nombreuses émotions, différentes de celles du spectateur venu au spectacle par plaisir, mais comme lui, il se laisse emporter par la part d'irrationnel de son être. Il éprouve souvent de la peur. Les émotions prennent le pas sur la raison. Mais le malade a peur pour de vrai, il ne fait pas semblant. Aristote précise que : « la tragédie imite non des hommes mais l'action, la vie [...] »⁷⁴. Le patient

⁷³ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, (Paris : PUF, 2013), p. 173.

⁷⁴ Aristote, *Poétique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2014), L. VI [1450 a].

sait qu'il s'agit de sa vie, les professionnels de santé vivent également une part de leur existence dans l'exercice de leurs pratiques ; donc si ceux-ci sont amenés à jouer un rôle pour se protéger et protéger les malades, ils demeurent néanmoins dans la dure réalité de la maladie. C'est en cela qu'il n'y a ni mensonge, ni tromperie.

Nous avons parlé du rôle et du costume des individus présents à l'hôpital, le malade attend et reste passif, mais sa position, son rôle, sont ceux de l'acteur principal. Lui, dans son costume de malade, joue le premier rôle. Par le biais de cette analogie nous notons cette difficulté de situer le patient, à la fois spectateur et acteur. S'il reste spectateur, il se place comme objet et subit le traitement et les soins. La temporalité se modifie à travers ce positionnement. Jean-Christophe Mino écrit à propos d'un groupe de médecin :

C'est la volonté de faire du patient un acteur. En transmettant du savoir, il s'agit de donner du pouvoir, de mettre le malade en capacité de participer aux soins⁷⁵.

Ce malade-acteur endosse son costume mais n'est pas tenu de réaliser une performance théâtrale, il donne les clefs à l'équipe pour l'aider à quitter *ce rôle* et reprendre celui de sa vie civile, rôle qu'il connaît bien. Il y a cependant ici une forme de paradoxe, différent de celui décrit par Diderot, car le fait que le patient soit acteur implique qu'il s'investisse dans les soins, qu'il y participe activement, mais cela curieusement peut en effet le conduire à se détacher, car il est à la fois sujet et objet, il agit et il est ce corps sur lequel il agit. De nombreux patients deviennent acteurs quand ils ont été éduqués sur leur pathologie, en général chronique, et sont en capacité de s'apporter des soins à eux-mêmes : le meilleur exemple est le patient diabétique qui apprend à se faire une piqûre, à lire ses résultats d'analyses et à adapter la posologie de sa pompe ; il devient médecin de

⁷⁵ Jean-Christophe Mino, *Dire ou ne pas dire...Quand informer c'est aussi soigner*, (Paris: PUF, 2010), p. 233.

lui-même, soignant pour toute une part et patient pour toute une autre part. Quand il acquiert une réelle connaissance de sa pathologie, il devient autonome et peut se détacher de l'emprise des soignants. Ils ne sont plus nécessaires à sa prise en charge. Son traitement le suit dans sa vie quotidienne, ses habitudes ; l'adulte responsable et acteur de sa vie le devient de sa maladie. S'il devient acteur, il se prend en charge, diminue le temps ressenti à l'hôpital.

Le malade ne correspond pas à l'acteur décrit par Diderot parce que sa position le fait ressembler plus au spectateur dans un premier temps. Cependant les conseils de Diderot à l'exercice d'acteur s'appliquent tout à fait à ce patient, car s'il n'a pas à travailler son rôle pour exceller, il doit s'en détacher pour que sa pathologie ne l'absorbe pas entièrement. Il faut que sa vie reprenne son cours, jalonnée de projets petits ou grands. La relation entre spectateur et acteur est basée sur une différence essentielle qui est la situation de chacun ; à l'hôpital on parle de relation asymétrique fondée sur un déséquilibre entre une personne en demande de soins et une autre qui soigne, une qui ne comprend pas et admet difficilement pourquoi elle est malade et l'autre qui a la connaissance de la maladie et du traitement à prescrire. L'impression d'inégalité est accrue par les soins administrés, donnant un pouvoir à l'exécuteur. Cette inégalité ressemble plus à une asymétrie car les hommes conservent tous les mêmes droits, mais les rôles à jouer ne se placent pas dans le même registre.

Les soignants-acteurs sont, eux, tenus à l'excellence dans la réalisation de leurs tâches et pour Diderot l'acteur recherche le beau dans son rôle.

Nous voulons qu'au plus fort des tourments l'homme garde le caractère d'homme, la dignité de son espèce. Quel est l'effet de cet effort héroïque ? De distraire de la douleur et de la tempérer. Nous voulons que cette femme tombe avec décence, avec mollesse, et que ce héros meure comme le gladiateur

ancien, au milieu de l'arène, aux applaudissements du cirque, avec grâce, avec noblesse, dans une attitude élégante et pittoresque ⁷⁶.

Ils quittent la scène tous les jours pour retrouver la vie civile. Ces personnes soignantes se placent devant ou à côté du patient : elles s'exposent ; « Être soignant, ce n'est pas soigner, mais *prendre soin* d'une personne »⁷⁷. Ils travaillent avec leur fragilité, leur vulnérabilité mais leur détermination et leurs connaissances. Le soignant *joue* le rôle d'un homme qui a *choisi* de soigner les autres. Il cherche à conserver toute sa capacité à mobiliser ses connaissances et à adapter son discours à chacun : « Le soin serait cette aide que je propose à autrui afin que celui-ci retrouve une puissance d'agir ou réarmer ses capacités »⁷⁸. Philippe Svandra explique que le soin est une aide pour autrui mais dont le but est de rendre l'autre capable de se réarmer pour retrouver le courage d'affronter sa vulnérabilité. Mais cette puissance dont il parle est aussi nécessaire au soignant pour garder intactes ses capacités.

Il faut du statut de simple spectateur, passer à celui d'acteur. Une fois passé le mouvement de l'émotion, il s'agit d'agir, de prendre des risques, de mettre en pratique ses valeurs, de faire preuve d'une forte autonomie personnelle⁷⁹.

Le concept de détachement permet la réalisation de cette double contrainte, exceller dans l'exercice de sa profession et rester un homme (ou une femme) disponible après le temps hospitalier. C'est ici la problématique du rapport entre vie professionnelle et vie privée qui intervient. Nous détaillerons cet aspect dans le chapitre traitant des vertus, en évoquant l'idée d'apprentissage (apprendre à se détacher).

⁷⁶ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 22.

⁷⁷ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 147.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 147.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 260.

Nous ne pouvons pas clore ce chapitre sur le théâtre sans préciser le rôle de la parole, du langage et du discours.

I.6 Langage et discours

Pour Diderot le comédien est « un grand persifleur tragique ou comique », à qui le poète a dicté son discours⁸⁰.

Au théâtre, le discours est appris par cœur, le comédien ne fait que « répéter » ce que le poète a écrit, comme le précise Diderot. Les comédiens apprennent un texte et le récitent avec une telle conviction, que les mots semblent créés spontanément par l'acteur. La qualité de l'élocution marque la prouesse de l'acteur, mais il n'a pas un rôle d'orateur dans le sens où il ne défend pas une idée ou ne doit pas convaincre à tout prix le public, ce n'est pas un tribun. Le comédien veut être entendu et compris par toute la salle. En mettant toute son énergie à transmettre les émotions caractérisant son personnage : « Les larmes du comédien descendent du cerveau »⁸¹, il cherche à faire vibrer la salle avec lui. Il essaie de partager avec le public l'essence du personnage et la cohérence de l'histoire. Au théâtre, le discours occupe donc une position essentielle. On y pratique l'art de la rhétorique et on le hisse à son apogée pour le servir au public. Dans l'Antiquité, Platon favorisait l'exercice de la rhétorique pour apprendre à délibérer, à se défendre pour convaincre ses contemporains et faire émerger la vérité. Il critiquait sévèrement ceux, les sophistes, qui utilisaient cet exercice du langage, la rhétorique, non pour permettre d'atteindre le vrai mais pour agir sur les âmes. « Chasseur de jeunes gens riches, en quête d'un salaire »⁸². Platon parle de bonne rhétorique grâce à une fonction de *psychagogia*, c'est-à-dire une quête au-delà du monde réel à travers la beauté, la bonté et la vérité pour une participation plus complète à l'être. « [...] Alors, l'art atteint la beauté et la perfection

⁸⁰ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris: Gallimard, 2009), p. 34.

⁸¹ *Ibid.*, p. 18.

⁸² Platon, *Le sophiste*, Trad. Cordero, Nestor-Luis, (Paris : Flammarion 2008), [231 b-d].

de son achèvement, pas avant »⁸³. Il faut essayer de persuader mais ne pas chercher à séduire.

Un discours est un ensemble d'éléments de langage cohérent adapté au contexte. Il se distingue par ses différentes formes que décrit Aristote comme une méthode de discours basée sur la rhétorique. Il écrit la manière de l'utiliser selon que nous défendons nos idées au cours d'un discours délibératif adapté à la politique, d'un discours judiciaire utilisé par les avocats pour défendre ou accuser, ou d'un discours épideictique comme un hommage à quelqu'un. Dans chaque cas, le discours est articulé différemment. En même temps, il décrit les qualités physiques, gestuelles, morales et charismatiques de l'orateur. Mais il met l'accent sur le but du discours et non sur la véracité des propos. « [...] le propre de la rhétorique c'est de reconnaître ce qui est probable, et ce qui n'a que l'apparence de la vérité [...] »⁸⁴.

À l'hôpital, la rencontre entre le médecin et le patient, puis toute l'équipe soignante, commence par un discours à travers l'exercice d'un langage. Le patient raconte l'histoire de sa maladie. Contrairement au théâtre, il ne connaît pas son texte et ses émotions peuvent dénaturer le corps même du texte. « Parler peut être une menace »⁸⁵. Alors il peut rencontrer un regard, un geste bienveillant qui l'encourage à continuer. Le soignant peut expliquer qu'il a besoin de cette histoire si particulière pour comprendre et commencer à soigner. Quelquefois par contre les soignants sont lointains et alors, soit l'histoire se déroule sans heurt d'une façon monocorde, soit le malade se tait et espère que le praticien comprendra à travers les divers examens, l'existence de sa maladie et comment la traiter.

⁸³ Platon, *Phèdre Suivi de La Pharmacie de Platon / de Jacques Derrida.*, trad. par Luc Brisson, 1268 (Paris : GF, 2008), [271c, 272a-c].

⁸⁴ Aristote, *Rhétorique*, trad. par Charles-Émile Ruelle, Patricia Vanhemelryck, et Benoît Timmermans, Le livre de poche Classiques de la philosophie (Paris : Librairie Générale Française, 2004), [1355b].

⁸⁵ Nancy Kentish-Barnes, *Vécu de la parole en réanimation* (Paris : PUF, 2010), p. 180.

Le médecin doit répondre en tentant de trouver le vocabulaire adapté en fonction du malade présent, de sa famille, de ce qu'il comprend, de ce qu'il veut entendre :

En manifestant tant par la parole que par une certaine qualité de silence son souci et sa compréhension de l'épreuve du malade, le soignant crée entre eux un espace où cette souffrance peut être exprimée et partagée⁸⁶.

L'analogie avec le théâtre disparaît quand nous mettons l'accent sur la forme du discours. Au théâtre, l'acteur transmet non pas un savoir mais une histoire, les mots employés sont compréhensibles par tout le public, ce qui est différent de la compréhension générale du texte. Les discours des soignants tiennent à la fois du discours pédagogique pour expliquer au patient ce qui lui arrive et ce qu'il va avoir à subir en termes de traitement, du discours délibératif pour défendre une position, et du discours judiciaire pour parvenir à convaincre. Dans le *Gorgias* de Platon, Gorgias explique à Socrate à propos de la qualité du discours, qu'entre un médecin et un bon orateur, pour le patient, un bon orateur se révélera plus efficace :

Je suis allé, souvent déjà, avec mon frère, avec d'autres médecins, visiter des malades qui ne consentaient ni à boire leur remède ni à se laisser saigner ou cautériser par le médecin. Et là où ce médecin était impuissant à les convaincre, moi, je parvenais sans autre art que la rhétorique, à les convaincre⁸⁷.

Alors est-ce le très bon orateur ou le très bon soignant qui parviendra au but ? Faut-il que les soignants soient aussi de bons orateurs, ou qu'il faille être bon orateur pour être bon médecin ? Actuellement nous ne mentons plus ou presque au patient et un beau discours seul n'est pas éthique en médecine. Pourtant, Aristote parlait du charisme de l'orateur et

⁸⁶ Jean Philippe Cobbaut, *Quelle tâche pour une éthique du soin aujourd'hui ? Assurer l'articulation du sémantique et du pragmatique* (Paris: PUF, 2010), p. 116.

⁸⁷ Platon, *Gorgias*, trad. par Monique Canto, (Paris : Flammarion, 1993), [455d-456b].

de sa capacité à convaincre plus qu'à dire la vérité. Jean Christophe Mino rapporte un propos d'un médecin : « On sait dès le départ ce qu'il faudrait qu'on fasse pour qu'il (le patient) finisse par choisir librement ce qu'on a décidé à sa place ! »⁸⁸. Ses qualités d'orateur, son charisme vont lui servir à tisser ce premier lien avec le patient. Mais un soignant peut ne pas savoir utiliser les mots adaptés à chaque patient ou n'avoir aucun charisme ; alors une consultation peut se résumer à un monologue de la part du praticien. Le consultant devrait avoir le courage d'interrompre le soignant s'il veut un dialogue et se faire expliquer les mots, les termes obscurs. « Parler la même langue est la condition fondamentale du dialogue »⁸⁹. Ainsi un échange pourra commencer. Le médecin peut se tromper, aller trop vite, avoir une opinion un peu méprisante pour le patient, ou au contraire gommer la présence du bureau par exemple, pour être au plus près de celui qui souffre. Un soignant traite une maladie avant d'être un orateur. S'il utilise le langage professionnel, il doit traduire dans le langage commun quand il parle au soigné, lui décrire les symptômes de la maladie et l'informer du traitement à suivre. Il échouera dans sa mission s'il n'est pas compris car il générera au mieux de la méfiance chez le patient, au pire un rejet. Le praticien joue plusieurs rôles à travers le discours qu'il tient : il commence par écouter l'histoire de la maladie du patient et celle de sa vie aussi, puis il explique la maladie, le traitement et le pronostic à l'annonce du diagnostic, et enfin déroule sa position pour convaincre de la bonne conduite, selon lui, à adopter. Le médecin parle et le patient écoute. L'un sait et utilise le bon langage pratiqué dans l'institution, l'autre ignore tout de ce langage et ne le comprend pas toujours. Ces deux modes d'expression ne se rencontrent pas, ne se comprennent pas. Le soignant a appris au cours

⁸⁸ Jean-Christophe Mino, *Dire ou ne pas dire... Quand informer c'est aussi soigner*, (Paris : PUF, 2010), p. 230.

⁸⁹ Valérie Delavigne, « *Des termes des experts aux mots des patients : un discours à construire. Analyse de discours et demande sociale : enjeux théoriques et méthodologiques.* » (Rouen, 2008), (hal-00920760).

de ses études, les termes, les abréviations et les expressions propres à ce monde professionnel. Ce langage facilite la description des symptômes, une pathologie, des résultats d'examens, la proposition d'un traitement. Tous les professionnels comprennent et se comprennent à un échelon international. Il s'agit d'un code reconnu entre soignants, ce code améliore les transmissions, universalise les publications et les interventions au cours des congrès. Mais ces termes ne sont pas compris par *l'homme de la rue*. Le malade perçoit le sens général de ce qui lui est dit mais, sauf à rencontrer des soignants très prévenants, il ne pourra pas expliquer clairement à sa famille ce qui lui arrive et ce que les soignants vont lui faire subir. Le patient est souvent impressionné par ce discours et peut alors élaborer une attitude de fuite pour s'en protéger et garder son amour-propre intact ou au contraire, s'effondrer. Les *grandes visites* du chef de service consistent à évoquer dans un langage purement professionnel, le cas du patient à travers un discours pédagogique destiné aux étudiants. Le langage employé dans ces moments-là est obscur au malade et à sa famille. L'équipe médicale et paramédicale fait bloc autour de ce discours si particulier : « Pour les patients, le parler est ressenti comme cruellement manquant »⁹⁰.

A contrario parfois le soignant doit faire un effort pour comprendre le langage du patient. Nous avons fait face à certains malades qui parlaient avec un tel accent qu'ils étaient difficilement compréhensibles dans l'immédiat. Il s'agit de familles issues de l'immigration, ou de familles ancrées dans une profonde ruralité, ou de touristes. Dans ces cas-là, le soignant doit trouver les moyens d'élaborer un échange. Dans tous les hôpitaux, nous possédons une liste de personnes-ressources parlant des langues autres que le français. Entre le langage parlé et le discours médical entendu, compris et consenti, il s'écoule un laps de temps, c'est-à-dire que le malade a besoin de temps pour comprendre

⁹⁰ Nancy Kentish-Barnes, *Vécu de la parole en réanimation* (Paris : PUF, 2010), p. 180.

de quoi le praticien parle et les conséquences pour lui, si celui-ci s'est exprimé dans la langue commune au public. « Ceci suppose que lui soit rendue disponible et appropriable une information précise, complète, technique et fiable »⁹¹. Parce que le patient doit donner son accord pour être soigné, donc avant de signer, il doit comprendre. Il n'est pas rare de voir un médecin donner un délai de quelques jours au patient pour prendre sa décision. Au théâtre la parole est immédiate et le temps est celui de la narration ; le spectateur aura le loisir de réfléchir une fois sorti. Le but de chaque rencontre avec un patient est de parvenir à ce que celui-ci entende le diagnostic, le comprenne et accepte de se soigner pour tenter de guérir et recommencer à faire des projets. S'il renonce, toute la science ne suffira pas à *recupérer* cette personne. Les soignants doivent absolument trouver les bons arguments pour convaincre le malade de se soigner et aller vers un mieux.

C'est donc à ceux qui gouvernent la cité, [...], que revient la possibilité de mentir, que ce soit à l'égard des ennemis, ou à l'égard des citoyens quand il s'agit de l'intérêt de la cité.

Car si nous avons eu raison de parler comme nous l'avons fait tout à l'heure, et si réellement le mensonge n'est d'aucune utilité pour les dieux et qu'il est par contre utile aux hommes à la manière d'une espèce de drogue, il est évident que le recours à cette drogue doit être confié aux médecins, et que les profanes ne doivent pas y toucher⁹².

Le médecin a conscience qu'il doit non seulement recevoir l'adhésion du patient mais il doit tenter de le transformer en partenaire de sa maladie pour devenir pleinement acteur. Donc il est tenu de partager son savoir et d'évaluer la bonne compréhension de l'information vulgarisée pour s'assurer de la bonne marche de la prise en charge de la

⁹¹ Valérie Delavigne , « *Des termes des experts aux mots des patients : un discours à construire. Analyse de discours et demande sociale : enjeux théoriques et méthodologiques* », (Rouen, 2008), (hal-00920760).

⁹² Platon, *La République*, trad. par Georges Leroux, 2. éd. corr, Flammarion texte intégral 653 (Paris: Flammarion 2004), [389b-389e].

maladie et de son traitement. Mais jusqu'où a-t-il le droit ou peut-il se permettre de pousser le discours pour obtenir l'adhésion ? Jean-Christophe Mino ajoute à propos du discours médical : « Ici la figure du médecin qui se dessine est celle de l'éducateur, du pédagogue, qui peut être autant un maître qu'un père »⁹³.

Le discours tenu par le médecin vis-à-vis du patient, n'est pas si éloigné de celui de l'acteur, car il doit expliquer, aider à comprendre, convaincre le soigné d'accepter de subir des investigations. Les deux discours se ressemblent parce que les deux protagonistes ont un but en commun : être crédibles auprès du public. Ce qui se dit doit générer de la confiance dans les deux cas. Au théâtre, la confiance se manifeste par une adhésion totale des spectateurs au jeu de l'acteur ; à l'hôpital, elle se fait sentir par la capacité que le soigné mobilise à suivre le traitement prescrit et à prendre sa santé en main. Dans l'usage de la dialectique utilisée par l'un comme par l'autre, il y a une similitude : l'acteur a toute liberté pour utiliser ses capacités personnelles d'orateur pour rentrer dans son personnage et le faire vivre *pour de vrai* devant les yeux du public : « Parce qu'on ne vient pas pour voir des pleurs, mais pour entendre des discours qui en arrachent »⁹⁴. La représentation que le malade se fait d'une relation entre soignant et soigné doit coïncider. Le praticien propose la meilleure solution, en trouvant les mots, le ton, les accents, les émotions pour que son discours emporte l'adhésion. Il fait appel à toutes ses capacités intellectuelles, ses connaissances pour établir un diagnostic.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment⁹⁵.

⁹³ Jean-Christophe Mino, *Dire ou ne pas dire... Quand informer c'est aussi soigner*, (Paris : PUF, 2010), p. 230.

⁹⁴ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 76.

⁹⁵ Loi Kouchner, Droits des malades et qualité du système de santé, Loi du 4 mars 2002.

Il cherche à obtenir le consentement éclairé du patient qui doit écouter les informations du praticien pour être en capacité de décider s'il veut être soigné ou pas. Nous y reviendrons, mais pour le sujet qui nous occupe nous faisons le constat que le discours du soignant a changé, il a dû s'adapter au nouveau contexte législatif.

Le langage peut être défini comme activité langagière et s'adresse à toute personne capable de communiquer par la parole, l'écrit, le geste. Contrairement au discours, le langage ne se résume pas à la seule parole. Nous pouvons communiquer avec des patients sourds ou ne parlant pas la même langue que nous. « Le sentiment est l'équivalent d'un langage là où les mots sont radicalement impuissants à définir le sentiment »⁹⁶. Le langage se raconte à travers le langage des yeux, des gestes et des attitudes. Un médecin peut rester debout devant un patient toujours couché, ne pas le regarder, ne pas le toucher, les techniques sont tellement sophistiquées que les praticiens ont moins besoin de la clinique pour établir un diagnostic. Chaque acteur peut ainsi rester immobile dans sa sphère de compétence, le malade et son histoire, le médecin et son savoir, sans vérifier si leur discours se rencontrent et coïncident, ou s'ils parlent chacun de leur côté créant ainsi un dialogue de sourds. D'un point de vue déontologique, le soignant a le devoir de donner toutes les informations :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables⁹⁷.

⁹⁶ Jean Pierre Cléro, *La philosophie des passions chez David Hume*, Philosophia 9, (Paris : Klincksieck, 1985), p. 38.

⁹⁷ Loi Kouchner, Droits des malades et qualité du système de santé, « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 ».

Il semble dans l'immédiat que savoir s'exprimer et exprimer ses pensées pourrait aider à l'exercice de la médecine comme un acteur doit savoir placer sa voix pour être bouleversant. Car le patient sentira qu'il a été compris quand il entendra le discours adapté à sa personne-malade, son milieu social, l'intérêt pour sa maladie, sa profession, son âge. Alors cette pièce de théâtre ressemblera à un dialogue *socratique* avec un professionnel de santé face à un patient attentif qui cherche à comprendre et à apprendre ; il se laisse convaincre par le raisonnement et les arguments avancés du praticien. Ce praticien a un rôle de maïeuticien, *faire accoucher* le patient de la décision raisonnable. Celui-ci est amené à considérer le bien-fondé de la parole du médecin qui manie la rhétorique avec intelligence, finesse et sincérité. Quand un soignant rencontre un malade, il ne sait rien de lui et a tout à apprendre ; comme Socrate il doit garder à l'esprit qu'il sait qu'il ne sait rien. Alors le discours teinté du langage du patient peut être écouté et entendu et la réponse trouver sa forme et sa force. Un discours soignant convaincant, est basé sur des faits vérifiables, rationnels, car la médecine est une science qui s'appuie sur des découvertes rationnelles. Le discours est une chose mais la qualité des soins du traitement prescrit et de la prise en charge globale du patient en est une autre. Nous souhaitons établir une relation de confiance, parce que la médecine touche à l'humain et à la part d'irrationnel, d'émotions, de cet homme. Pour créer une telle relation il faut construire un échange mutuel, pour permettre à chacun de trouver sa place :

Ainsi, le propre de la médecine n'est pas de donner la santé, mais plutôt d'agir en vue de ce résultat autant qu'il est en elle ; car il peut arriver que des gens incapables de jouir d'une bonne santé reçoivent cependant des soins efficaces⁹⁸.

⁹⁸ Aristote, *Rhétorique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2004), Ch. XIV [1355b].

En conclusion, le théâtre et l'hôpital se ressemblent par l'utilisation du discours et du langage parlé ou gestuel, mais au théâtre, le langage est la langue commune, contrairement à l'hôpital. Les soignants doivent toujours recommencer leurs discours en traduisant le langage professionnel pour le patient. Certains médecins se voient plus comme des conseillers : « Moi, je ne suis qu'un conseiller, vous venez me demander conseil, je vous dis ce que scientifiquement je sais, [...], et puis à vous de décider, [...] »⁹⁹.

Nous verrons comment avec le détachement nous pourrions repérer rapidement l'incompréhension dans le regard de l'autre. Le détachement serait une composante du sentiment de confiance.

Le théâtre occupe le devant de la scène depuis le début de cet exposé, il est temps de donner la parole au détachement. Pour ce faire nous allons analyser le champ lexical de ce terme.

⁹⁹ Jean-Christophe Mino, *Dire ou ne pas dire... Quand informer c'est aussi soigner*, (Paris : PUF, 2010), pp. 236-237.

CHAPITRE II

Détachement : approche lexicale et proposition d'une définition

Qu'est donc le détachement, pour qu'il cache en lui une pareille puissance¹⁰⁰ ?

Le sens du mot détachement ne pose aucune difficulté à la compréhension. Il est souvent associé en première intention à la religion ; une entrée dans les ordres commence par le devoir de *se détacher* de toutes les personnes chères, et des biens matériels.

Maître Eckhart, dans la citation précédente, qualifie le détachement de très puissant et que cette puissance est cachée. De quelle puissance parle-t-il et pourquoi est-elle cachée ? Pour cet auteur la puissance du détachement se rapproche et rapproche de Dieu. Il permet d'atteindre ce que les Grecs appelaient l'ataraxie, ou tranquillité de l'âme. Si nous n'allons pas utiliser ce terme dans ce sens si profond, il reste néanmoins quelque chose de spirituel dans le travail du détachement que nous verrons plus loin. Ce terme occupe une place importante dans plusieurs domaines de notre quotidien : la famille où le passage des enfants vers l'indépendance est corollaire à la faculté des parents de *se détacher* d'eux ; dans le registre de l'art comme au théâtre, l'acteur apprend à *se détacher* de son rôle pour mieux l'interpréter ; en peinture quand le spectateur est heureux de contempler une peinture il n'éprouve aucun sentiment à visée utile : il est *détaché* des contraintes matérielles pendant ce laps de temps : « La satisfaction qui détermine le jugement de goût est totalement désintéressée »¹⁰¹ ; un juge se doit de *paraître détaché* quand il prononce

¹⁰⁰ Benoît Beyer de Ryke, *Maître Eckhart : une mystique du détachement*, Vrin, Figures illustres (Bruxelles, Paris : Ousia, 2000), p. 18.

¹⁰¹ Emmanuel Kant, *Critique de la faculté de juger*, trad. par Alain Renaut (Paris : Flammarion, 2000), p. 182.

une sentence, ses conséquences peuvent être terribles pour le détenu et ses proches ; Machiavel conseille au Prince d'agir sans état d'âme, *détaché* du peuple, car il sera jugé sur le résultat de ses actions : « Quand il s'agit de juger les actions des hommes, et spécialement des princes..., on ne considère pas les moyens, mais la fin »¹⁰². En milieu hospitalier le détachement pourrait être envisagé comme une remise en question de notre pratique professionnelle et relationnelle, l'occasion de remettre cette relation en perspective.

Ce qui apparaît à travers tous ces exemples est la capacité du détachement à être à la fois un état et une action. Il qualifie une situation sans être nommé et sa puissance vient du travail important que nous devons entreprendre pour nous sentir détachée.

Tout d'abord cherchons à trouver le sens premier du mot détachement. Ce concept est reconnu et décrit dans la Grèce Antique par les Stoïciens ; l'homme doit se détacher de tout ce qui ne dépend pas de lui et identifier ce qui dépend de lui, donc ce qui lui est nécessairement attaché, essentiellement attaché, pour apprendre à vivre sans soucis superflus : « Parmi les choses qui existent, les unes dépendent de nous, les autres ne dépendent pas de nous »¹⁰³. Ainsi, ayant identifié les *choses* sur lesquelles il n'a aucune prise, le sujet garde toute son énergie à décider ce sur quoi il peut agir pour tendre à être un homme digne, debout, un citoyen-libre de la Cité.

Poursuivons en cherchant à trouver dans le champ lexical du terme détachement ce qui le rapproche ou ce qui l'éloigne de certains concepts pouvant lui être associés. Nous pourrions ainsi identifier clairement le sens de ce mot et son rayon d'action pour tenter de l'adapter à la vie de l'hôpital.

¹⁰² Nicolas Machiavel, *Le Prince : suivi de choix de lettres*, trad. par Jean Anglade (Paris : Lib. Antoine, 1983), p. 94.

¹⁰³ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [1-6], p. 161.

II.1 Recherche lexicale

Attacher : Ne pas pouvoir détacher ses yeux de : être fasciné, captivé¹⁰⁴.

II.1.1 L'attachement

Il nous semble incontournable d'étudier d'abord le concept opposé au détachement, nous citons l'attachement. Ensuite nous examinerons les synonymes du détachement pour vérifier en quoi ils le renforcent ou pas. Nous parlons de l'indifférence, de l'insensibilité et de la froideur, du désintéressement, et du désintérêt, du renoncement, de la résignation, de l'abandon. Enfin nous tenterons de définir le mot détachement.

L'attachement est perçu de manière plus positive que le détachement. Il nous parle de la vie ensemble, des liens amicaux, familiaux. En 1950 John Bowlby (1907-1990), psychiatre et psychanalyste britannique, développait une théorie de l'attachement chez les très jeunes enfants. Il démontrait que cet attachement à la figure maternelle leur permet de se sentir en sécurité. Ils peuvent ainsi, partir explorer le monde, en sachant qu'il existe un possible retour vers cette figure attachante. Ils développent un comportement social et émotionnel adapté à la société dans laquelle ils évoluent. Frédéric Worms explique que,

Ce jeu de demandes et de réponses individuelles..., qui avec le temps constitueront les figures de l'attachement, et la relation même de l'attachement¹⁰⁵.

À travers son étude Bowlby montre que l'attachement serait donc indispensable à l'équilibre d'un individu. Il ne devient autonome qu'à la condition de connaître et de

¹⁰⁴ A. Beaujean, *Dictionnaire de la langue Française : abrégé du dictionnaire de littré*, Classiques modernes (Paris : Librairie Générale Française, 1990).

¹⁰⁵ Frédéric Worms, *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ?* (Paris : Presses universitaires de France, 2010), p. 26.

ressentir essentiellement l'existence d'un attachement qui sert à la fois de refuge et de fil d'Ariane. Si l'attachement semble indispensable au développement de l'enfant, son existence même engendre le détachement pour permettre à l'enfant de s'éloigner. Ce lien créé, tissé pendant de longues années devra être étiré jusqu'à la rupture pour que l'indépendance de ce jeune adulte soit efficiente. Le détachement n'aurait aucune existence sans les liens noués par l'attachement.

Un autre exemple, dans un tout autre registre, nous est fourni par Blaise Pascal :

Les cordes qui attachent le respect des uns envers les autres, en général, sont cordes de nécessité. Car il faut qu'il y ait différents degrés, tous les hommes voulant dominer, et tous ne le pouvant pas, mais quelques-uns le pouvant.

Or ces cordes qui attachent donc le respect à tel et à tel en particulier sont des cordes d'imagination¹⁰⁶.

Dans ces quelques lignes, Pascal parle de cordes qui attachent les hommes, en même temps que certains d'entre eux se battent pour prendre le pouvoir. Ces cordes organisent et structurent une société entre tous les hommes, certains étant physiquement et/ou moralement plus forts que d'autres. Nous pouvons parler de lien nécessaire, représentant l'essence même de la nature humaine. Ces cordes constituent le ciment entre chacun de nous. Au-delà de ces cordes, les plus forts imaginent d'autres liens pour leur succession et l'organisation de la société civile. Mais ces liens peuvent être trop serrés (société tyrannique) ou pas assez, trop attachés (société paternaliste) ou pas assez. Dans le même temps, les citoyens plus faibles s'épanouissent quand les liens sont tangibles et ressentis. L'attachement est un gage de sécurité et d'épanouissement pour un individu comme pour une société. Dans ces deux exemples, nous constatons que l'attachement est source

¹⁰⁶ Blaise Pascal, *Pensées*, (Paris : Librairie Générale Française, 2000), p. 443.

d'affection, de sécurité et d'épanouissement. Doit-on en déduire que le détachement entraînerait aversion, mise en danger et repli sur soi ?

Qualitativement nous pouvons rapprocher l'attachement de l'amour, de l'amitié, de la sympathie ou de la fidélité. Mais à l'inverse l'attachement pourrait être mis en résonance avec la dépendance. Quantitativement sur une ligne droite allant de zéro à dix nous pouvons positionner l'attachement intense, sur le dix et le manque d'attachement sur le zéro. Entre les deux extrêmes de l'attachement, il y a un milieu : ni trop ; ni trop peu, l'amour parfait, spirituel, inconditionnel, qui laisse les deux individus en paix : *l'agapé* décrite par Luc Boltanski¹⁰⁷. L'excès d'attachement rapproche de l'addiction et le manque d'attachement entraîne de l'insécurité et un manque de confiance. La question est de savoir si l'absence d'attachement est du détachement. Nous pensons que le manque d'attachement reste encore de l'attachement et s'affilie plutôt à du désintéressement. En effet, lorsque que quelqu'un n'est pas très attaché à ses parents ou à ses amis par exemple, il se conduit comme si ces personnes ne l'intéressaient pas. Son attitude montre une forme de détachement, mais un évènement pourrait être la cause d'un renversement total et provoqué la démonstration d'un profond attachement. Ce manque d'attachement nous fait penser à l'attitude des adolescents face à leurs parents. Dans l'abandon il y a l'idée d'une radicalité, d'un échange définitivement interrompu. Le détachement ne relève pas de la même source. L'attachement s'associe aux sentiments, émotions et passions que nous ressentons, se définit comme un long processus : « Cette relation de soins entre mère et enfant répond à un besoin vital, [...], qui constituent des liens irréversibles »¹⁰⁸, quand le

¹⁰⁷ Luc Boltanski, *L'amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action*, Collection Leçons de choses (Paris : Métailié, 1990), p. 223. « L'agapé possède des propriétés singulières, comme la préférence pour le présent, le refus de la comparaison, de l'équivalence, le silence des désirs, ou encore l'absence d'anticipations dans l'interaction, qui l'éloignent des modèles sur lesquels nos disciplines – économie, sociologie ou psychologie sociales – prennent habituellement appui. »

¹⁰⁸ Frédéric Worms, *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ?* (Paris : Presses universitaires de France, 2010),

détachement ressemblerait plus à une action. Il se rapprocherait d'une rupture, d'un non-retour, l'attachement évoquerait une continuité, des liens longuement tissés. Si nous utilisons le même vecteur pour le détachement, nous ne pouvons pas inscrire le trop de détachement à la place du manque d'attachement. Pour qu'il y ait détachement il faut quelque chose à détacher, des liens. Dans le manque d'attachement il n'y a même pas de liens. Le trop d'attachement, passion et addiction, ne relève pas d'un manque de détachement, car l'attachement sature tout et le détachement ne peut pas exister. Le lien marque la différence. L'attachement est qualifié par un ensemble de liens intéressant les biens matériels ou amicaux ou familiaux ou spirituels. Le détachement se qualifie par une rupture de ces liens. Donc quand nous parlons de non-détachement c'est la preuve que la rupture n'a pas eu lieu mais est en devenir. Pour le non-attachement les liens ne sont pas efficaces mais pourraient exister ; ils sont potentiels. Au milieu du vecteur nous avons placé *l'agapé*. Il est difficile de noter si l'amour parfait a une part de détachement. Certes nous pouvons écrire que ce peut être un équilibre trouvé et conservé qui crée cet amour. Le détachement porte sur un autre registre. Il a besoin des affections pour exister. Nous préférons, pour l'instant, adopter une autre échelle pour le mesurer, car est-il mesurable ? De prime abord, l'attachement semble adapté à une relation soignant-soigné par le lien créé, une proximité favorable à la démonstration de bienveillance de la part des soignants, à un sentiment de sécurité pour les malades. Mais que recouvre ce terme ? Pourquoi pourrait-il être déplacé de s'attacher aux patients et que les patients s'attachent à nous ? « L'attachement serait comme deux amants partageant une même passion ; [...] ils considèrent qu'ils se suffisent à eux-mêmes »¹⁰⁹. Martha Nussbaum définit l'attachement

p. 26.

¹⁰⁹ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 430.

comme un lien tellement fusionnel entre deux individus qu'ils n'ont plus besoin du reste du monde. Ils sont enfermés dans une relation autosuffisante. Nous comprenons que nous sommes loin de la relation de soins. Celle-ci s'effectue en tête à tête avec le patient mais toujours ouverte sur l'environnement. Certaines situations de soins à huis clos, comme les soins de longue durée, peuvent réunir les conditions proches d'un attachement. Alors nous sommes, certes, liés au patient mais pas repliés sur nous-mêmes. Quand nous sommes attachée à quelqu'un, la relation est qualifiée d'affective voire d'amoureuse. La relation entre un patient et un soignant est basée sur l'attachement parce que des liens unissent ces deux personnes. De quel type sont ces liens ? Des liens d'amitié, d'amour, de compassion, de pitié, de devoir ? Devons-nous être sympathique pour les malades, ou fidèle ? Devons-nous nous sentir attachée pour avoir la garantie d'une bonne prise en charge ? Avons-nous besoin de tous ces liens pour bien soigner ? Ou avons-nous besoin de certains et pas d'autres ? Mais alors, lesquels ? Voilà un panel de questions que nous devons nous poser quand nous défendons l'idée d'être attachée aux patients. Nous pensons qu'une des réponses possibles serait que nous ne devrions jamais ressentir d'amitié et encore moins d'amour vis-à-vis des patients. Aristote écrit :

Or c'est l'égalité et la ressemblance qui font l'amitié¹¹⁰.

L'amitié est partielle et elle implique une préférence¹¹¹.

Ainsi nous pouvons comprendre que ces sentiments qui nous lient sont à mettre en œuvre avec beaucoup de prudence. Nous étudierons, dans le cadre de l'éthique, la place à leur donner. Nous sentons malgré tout que l'attachement dans une relation de soins est à

¹¹⁰ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, trad. par Richard Bodéüs (Paris : Flammarion, 2007), Ch. VIII [1159 a 34-b 12].

¹¹¹ Céline Lefève, *La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? in La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, éd. par Lazare Benaroyo (Paris : PUF, 2010), pp. 110-112.

envisager avec précaution, car il implique tout le positionnement du soignant comme du soigné. « Le soigné peut craindre l'amitié de son médecin »¹¹². Que reste-t-il si quelqu'un coupe tous ces liens ? Il reste deux personnes désolidarisées, ne partageant rien, mais tenues d'évoluer dans un même lieu, dans les mêmes instants, et soumis à d'importantes émotions. Ce n'est pas non plus l'objectif à atteindre. Ces deux personnes doivent communiquer. Ricœur qualifie ainsi une relation : « la diversité, la variabilité, la discontinuité, l'instabilité »¹¹³. Comment alors s'adapter et réussir à chaque instant sachant que chacun est différent, que son histoire est unique et que tout change à chaque instant ? En résumé, une certaine forme d'attachement pourrait être souhaitable à l'hôpital pour que chacun se sente en sécurité pour travailler, soigner et se soigner. Mais un attachement non réfléchi pourrait avoir des conséquences délétères pour les deux parties, car nous ne cherchons pas à créer une relation privilégiée avec les patients mais une relation basée sur le soin. À l'inverse, l'absence totale de lien semble déconnectée de la réalité de soignant et surtout à la limite de la malfaisance. Donc un lien existe, qui tout en s'apparentant à l'attachement, se tisse grâce une action proche du détachement : « Créer n'est pas rajouter mais dépouiller »¹¹⁴. De même que Pierre Balmain recherchait la perfection dans la création de ses modèles, de même nous devons essayer de créer une relation la plus adaptée possible aux patients que nous soignons. Sans doute est-ce *dépouillée du superflu* que nous pouvons rentrer en contact avec l'autre. Aristote écrivait : « Pour être belle, il faut que l'histoire soit simple »¹¹⁵. Nous verrons qu'en précisant la

¹¹² Jean Philippe Cobbaut, *Quelle tâche pour une éthique du soin aujourd'hui ? Assurer l'articulation du sémantique et du pragmatique*, (Paris : PUF, 2010), p. 115.

¹¹³ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 168.

¹¹⁴ Pierre Balmain *Conférence 1954*, « Les nuits de France-Culture », *Comment j'habille mes rêves* (Paris, 9 décembre 2016).

¹¹⁵ Aristote, *Poétique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2014), Ch. XIII [1453 a].

relation, nous mettons en lumière le jeu entre attachement et détachement, jeu essentiellement d'équilibre.

II.1.2 Aspects négatifs du détachement

« L'indifférence fait les sages, l'insensibilité : les monstres »¹¹⁶.

Diderot, tout d'abord, loue l'indifférence mais rejette l'insensibilité. Toutefois, dans le *paradoxe sur le comédien*, il parle du comédien en expliquant comment il peut être brillant en restant insensible, sans se laisser emporter par la passion du personnage joué : il faut tout imiter. Également il loue l'indifférence, car il est souhaitable de pouvoir parfois rester indifférent à notre fatigue ou aux plaintes constantes de certains patients. Elle protège en quelque sorte et permet d'aborder des situations difficiles avec une certaine sagesse, parce que nous sommes protégée de trop d'émotions. L'indifférence d'un patient peut lui être bénéfique et l'autorise à penser à autre chose pour se reconstruire. Il ne sait pas se soigner lui-même et laisse aux soignants le soin d'agir pour lui ; il ne veut ni savoir ni comprendre.

Mais nous sommes des personnes sensibles, c'est-à-dire capables de ressentir des émotions, et si nous devenions insensibles aussi bien physiquement que moralement, nous le serions pour le mal comme pour le bien. Nous n'éprouverions plus ni douleur ni désir. Chaque passion contient son contraire. S'il y a de la souffrance, il peut y avoir du plaisir. Sentir quelque chose est une perception instantanée, faisant appel à l'odorat ou au goût, mais aussi à l'esprit. « J'en exige, par conséquent, de la pénétration et nulle sensibilité, l'art de tout imiter »¹¹⁷.

L'agent réfléchit pour classer le type de sensation ressentie. Si la personne est très sensible, l'effet de cette perception a des conséquences importantes et immédiates, sinon

¹¹⁶ Citation de Denis Diderot, *Encyclopédie Diderot d'Alembert*, 1747-1767.

¹¹⁷ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris: Gallimard, 2009), p. 11.

elle peut, après réflexion, décider de ne pas tenir compte de cette perception, ce que nous faisons la plupart du temps. Nous ne pouvons pas nous laisser envahir par tout ce que nous sentons et ressentons au cours d'une journée, sauf à y perdre la raison. Pour un soignant, la situation est la même ; il ne peut pas se laisser rattraper par tout ce qu'il ressent par ses cinq sens. Il prend l'habitude de faire le tri, et garde pour l'aider à travailler, les sensations qui lui donnent de l'énergie. Donc pas d'insensibilité mais quelque chose de réfléchi qui a à voir avec la sensibilité et que nous développons dans le chapitre sur le détachement et l'éthique.

La même analyse peut être menée pour la froideur. Quelqu'un de froid se protège sans doute en s'isolant. Nous ne communiquons pas facilement avec une telle personne. Un patient distant sera soigné avec la même qualité professionnelle par l'équipe soignante mais personne ne s'attardera dans sa chambre par respect, timidité, agacement. L'incompréhension d'une telle attitude peut entraîner des malentendus, car le patient peut vouloir cacher un profond mal-être ou une terrible angoisse derrière ce masque. Sa froideur sera vécue comme le désir d'être seul, mais avons-nous vérifié ? « Une relation trop distante qui ne le considérerait pas comme un être unique et singulier »¹¹⁸. Nous verrons plus loin comment la sagacité permet de comprendre ce qu'attend vraiment le patient. Un soignant adoptant la même attitude posera un problème aux patients qui n'oseront pas se livrer de peur de déranger, mais au sein de l'équipe également. Il peut y avoir une mauvaise interprétation de cette froideur. Une très grande timidité peut se traduire par de la froideur, ce qui complique les affaires du timide : son comportement est mal interprété et il se retrouve de plus en plus isolé et aura de plus en plus de mal à vaincre son handicap. La froideur de façade ne montre peut-être rien d'authentique, mais

¹¹⁸ Alexandre Jollien, *Le métier d'homme ; suivi de La pratique spirituelle, un autre nom pour le métier d'homme (entretien avec Bernard Campan)*, (Paris : Seuil, 2013), p. 76.

l'insensibilité se déclare à travers des décisions, des actions. Quelqu'un d'insensible cache ses sentiments pour moins souffrir peut-être, comment savoir ? Un soignant ne ressentant aucune émotion face à la souffrance des patients, pourrait être plus performant quant aux gestes techniques. Il n'aurait pas peur de faire mal ou de mal faire. Alors nous pourrions être avantageusement remplacés par les robots : pas de fatigue, ni d'arrêt de travail, régularité absolue des soins etc. Ni l'insensibilité, ni la froideur dans leur sens premier ne procèdent d'une bonne prise en charge d'un patient, car nous ne soignons pas seulement à travers un geste technique mais à travers un geste appliqué au cours d'un échange où chacun pose sa confiance. Le but de ce travail est d'élaborer des pistes de réflexion pour mieux aborder les patients, tout en protégeant les soignants ; nous allons montrer comment le détachement n'étant ni un manque de sensibilité ni une attitude froide, porte en lui un réel potentiel pour qualifier la relation soignant-soigné. Ainsi entre le soignant et le soigné se tissent des liens ouvrant un possible vers une relation et des projets. Sénèque dans le chapitre XI de la tranquillité de l'âme, écrit : « Il (Le sage) vit dans l'idée que tout cela lui a été prêté et qu'il est disposé à le rendre sans amertume à ceux qui lui réclameraient »¹¹⁹. Pour Sénèque, le sage reçoit son existence en dépôt ; celui-ci reste toujours prêt à la restituer à la Nature ; il ne s'attache ni à sa position sociale, ni à ses richesses, ni à son pouvoir, toutes choses que la Fortune peut lui dérober. Les Stoïciens cultivent la raison pour atteindre une forme de sagesse et donc de bonheur en essayant de rester indifférent à tout ce qui ne dépend pas d'eux et qui pourrait déclencher des passions inutiles et nocives. L'indifférence n'est pas le contraire de l'attachement dans ce cas-là, mais un positionnement intellectuel permettant de rester objectif et serein par rapport aux événements.

¹¹⁹ Sénèque, *tranquillité de l'âme.*, trad. par Juliette Dross (POINTS, 2014), Ch. XI, §1, p. 69.

Dans indifférent il y a l'idée de différence. L'indifférence à une situation signifie que ça ou autre chose ne change rien : il n'y a pas de différence. A l'hôpital, chaque patient est différent de son voisin et lui-même change d'heure en heure et de jour en jour. Tout est toujours différent, à chaque instant, à chaque personne rencontrée, aussi rester indifférent à ce qui se passe est impossible pour un soignant souhaitant exercer son métier avec sérieux. Si un malade, par contre, souhaite ne pas participer à ses soins, il le peut ; mais le soignant a le devoir de tenter de le sortir de cette indifférence pour qu'il reste intéressé par sa maladie et surtout sa vie. La différence entre le désintérêt et l'indifférence se situe comme un manque d'intérêt pour quelqu'un ou quelque chose et une indifférence à quelque chose ou quelqu'un. Dans le premier cas, il s'agit d'une déliaison totale : le manque d'intérêt entraîne, *de facto*, une absence de relation en faveur de quelqu'un ou de quelque chose. Dans le deuxième cas, l'indifférence exprime une direction. Elle est dirigée vers telle ou telle personne ou telle et telle chose. Le détachement peut participer d'une attitude indifférente par le dénominateur commun d'un lieu ou d'un moment. Un patient peut rester indifférent quand un soignant l'examine, mais être captivé par son livre. Il y a quelque chose de déterminé dans l'indifférence, de visé. Être indifférent peut aussi revenir à croiser une personne sans la voir et n'avoir aucun souvenir d'elle par la suite comme tous les gens croisés dans les transports en commun par exemple. L'autre se sent inexistante, transparente. C'est au-delà du désintérêt car l'individu indifférent ressent l'environnement comme quelque chose d'uniforme, sans couleur, sans odeur. Dans la vie de tous les jours, cela ne pose aucun problème et peut même protéger contre l'envahissement d'une foule. Mais à l'hôpital, chaque homme étant unique donc différent des autres personnes, nous devons le regarder, l'écouter, le considérer, le conseiller souvent, le soigner bien évidemment. La spécificité de chaque patient le rend intéressant à double enseigne ; d'abord sa pathologie intéresse le monde soignant du point-de-vue

scientifique dans la recherche de la bonne étiologie et donc du bon traitement, un intérêt intellectuel, comme une enquête policière ; ensuite l'homme ou la femme malade hospitalisé(e) appartient au groupe des patients du service mais s'en détache par son unicité ; chacun provoque un intérêt qui lui est spécifique. Selon que nous nous occupons d'une jeune femme ou d'un vieux monsieur, notre attitude s'adapte au profil de l'une puis de l'autre. C'est ainsi que nous pouvons conclure que la différence de chaque individu interdit l'indifférence pour développer l'intérêt pour chaque personne malade. Une fois cette différence repérée nous pourrions travailler sur ce que signifie cet intérêt et tout ce que sous-tend ce mot pour lui associer le détachement. Cette articulation entre reconnaissance de la différence, intérêt et détachement sera approfondie dans le chapitre quatre sur les principes éthiques.

Apparemment moins puissant que l'indifférence et la froideur, le désintérêt et le désintéressement ne portent pas en eux tout à fait le même sens : « Le stoïcisme refuse de motiver l'action humaine par le plaisir et l'intérêt »¹²⁰. Les Stoïciens vivent selon une règle qui peut ressembler à du désintérêt, voire de l'indifférence. Mais ce sont des qualités longuement acquises chez ces philosophes, qualités qui pourraient s'apparenter à des vertus. Ce sont ces facultés qui motivent l'action et non l'intérêt ; l'individu ne souffre pas inutilement, car il fixe son attention sur les choses qui dépendent de lui. Le désintérêt, comme le montre la composition du mot, est une perte ou une absence d'intérêt pour quelqu'un ou quelque chose. L'intérêt est l'attention portée à la personne rencontrée ou à la chose posée devant soi. Pourquoi certains individus nous intéressent-ils ou pas ? Sans doute ne partageons-nous pas les mêmes valeurs, les mêmes objectifs. La personne ou la chose n'éveillent en nous aucune curiosité. Un exemple d'une forme de désintérêt vient de la très haute technicité mise en place dans les hôpitaux. Un fossé s'est creusé entre le

¹²⁰ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), p. 20.

patient et le monde soignant : les regards se croisent moins, le discours du praticien s'appuie de plus en plus sur des données scientifiques très pointues sans laisser place à l'émotion. Entre le malade et le praticien se dressent la plupart du temps un ordinateur, un écran, derrière lesquels chacun disparaît. Ce dispositif installé dans les salles d'examens, de consultations et dans les services d'hospitalisation peut engendrer une attitude un peu lointaine, coupée des patients, comme dénuée d'intérêt pour eux. Si sa maladie, sa pathologie, sont bien prises en charge, l'homme inquiet, douloureux, désireux de comprendre et de poser des questions, n'ose pas franchir cette distance entre le médecin et lui par-dessus cet écran mais peut néanmoins rester confiant. Il se voit reconduit au vestiaire sans avoir pu établir un contact : l'entretien est fini. Le soignant donne l'impression de ne pas s'intéresser, mais sans doute est-il tout simplement débordé. Ou il aime la technicité, la recherche de la pathologie, du diagnostic et se laisse envahir en négligeant le consultant. Cet homme ou cette femme est un vrai scientifique et son travail est digne d'intérêt. Mais en voulant s'assurer d'un diagnostic fiable grâce à cette batterie d'examens, ne risque-t-il(elle) pas de rater la prise en charge globale du patient et la réhabilitation du malade au statut d'homme-malade ? À l'inverse, s'il(elle) est intéressé(e) par ce patient, il(elle) écarte par exemple l'écran un instant, crée un contact, pour attirer un regard, provoquer une interaction avec le malade. Ce contexte est source de malentendu et ce qui n'est peut-être qu'une maladresse de la part d'un jeune interne pourrait être rapidement interprété par du mépris par les soignés.

A contrario, un patient qui ne montre aucun intérêt pour ce qui lui arrive, sa maladie et ses soins, doit nous questionner. Nous devons essayer de comprendre son attitude, tenter d'identifier une dépression, une incompréhension totale du discours médical ou une peur qui lui donne envie de fuir la situation. Cette attitude est très difficile pour nous, car nous avons besoin de sentir que le patient coopère. Nous partageons avec lui, tout au long de

son séjour, le mieux et le moins bien. Sinon le rôle des soignants se résume à n'être qu'un distributeur de soins. Si le désintérêt peut être rapproché du détachement, il en diffère par la sensation de passivité de ce mot, d'insensibilité aussi pouvant aller jusqu'au mépris. Le détachement se rapprocherait plus du désintéressement comme une action vertueuse désintéressée à l'encontre d'une autre personne : « Valeur de l'action désintéressée chez les Stoïciens : action qui n'a d'autre fin précisément que l'action désintéressée elle-même »¹²¹.

L'indifférence, dans certaines circonstances, peut être vécue comme blessante de part et d'autre de la relation. Du point de vue des professions médicales, cette attitude peut être ressentie de manière négative par les patients parce que nous ne pouvons, ni ne devons rester indifférente à la souffrance de l'autre. Un minimum d'empathie est requis pour prendre en charge un individu-malade à travers la mise en route de nos cinq sens : sentir l'odeur de la chambre, regarder l'état de santé du patient, écouter sa parole, le ton de sa voix, toucher sa peau pour vérifier sa température, sa sécheresse cutanée. Cette sensibilité que nous défendons se lie au détachement. Le détachement est le contraire de l'insensibilité ; c'est une rupture avec des liens pour créer une autre forme de sensibilité au service des patients. Celui qui cherche à se détacher peut penser à l'autre dans le but d'une action désintéressée mais sans s'oublier. « Que celui qui a deux tuniques partage avec celui qui n'en a point, et que celui qui a de quoi manger agisse de même »¹²². Ce verset de la Bible parle de partage et non d'oubli de soi. Il y est demandé de ne pas tout donner mais de se garder de quoi se couvrir et manger ; ainsi nous pouvons continuer à aider les autres. La générosité envers l'autre est un partage fait pour les deux parties. Certes le soignant agit pour améliorer la santé du malade, non pour son propre intérêt.

¹²¹ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), p. 20.

¹²² Ostervald, *La Sainte Bible*, 1ère édition 1904 (Nabu Press, 2013), Luc III, verset 10.

C'est bien l'action qui est désintéressée, non la personne. Mais cette personne doit aussi avoir de l'intérêt pour elle-même pour se préserver, comme l'acteur protège sa vie privée face aux rôles qu'il interprète. « Conserver sa vie est un devoir »¹²³. Kant écrit cette phrase comme une injonction, une prescription. Il est de notre devoir, nous tous les humains, de tout faire pour rester en bonne santé¹²⁴. Ceci peut s'appliquer au malade mais aussi aux personnes soignantes. Le désintéressement peut être assimilé au détachement et adapté aux soins auprès des patients. Il représenterait le premier pas avant le détachement, c'est-à-dire commencer à réfléchir sur nos actes de soins en s'assurant qu'ils sont dénués de tout intérêt personnel. Une fois cette mise au point effectuée, nous pourrions sans doute mieux travailler sur le détachement. Quand nous sommes détachée de quelqu'un, nous pouvons côtoyer cette personne, nous intéresser à elle : le désintéressement pour les autres ou une activité humaine comme l'art ou la politique, relève peut-être plus d'une absence de passions. Le détachement s'apparenterait à une manière d'être. Il appartiendrait à l'entendement, et représenterait ainsi le fruit d'une réflexion, réflexion née de trop ou pas assez de passions, trop d'attachement. Il serait l'aboutissement d'une délibération née d'une envie, d'un désir de gouverner sa vie comme un adolescent coupe les ponts avec ses parents pour voler de ses propres ailes : il s'en détache. Le sentiment de désintéressement peut ressembler à une forme de détachement, et il est alors louable.

Le détachement dont nous parlons n'est pas une rupture avec la société mais un signe du début de quelque chose de nouveau. L'individu reste intéressé par la situation, mais autrement. Il s'agit de construire une nouvelle relation dans le monde du soin, du soignant vers le patient et inversement. C'est un espoir, une ouverture, une brèche vers une certaine

¹²³ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. par Victor Delbos, Le livre de poche Classiques de la philosophie 4622 (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 63.

¹²⁴ Nous écrivons ces mots en plein confinement dû au coronavirus, 03/04/2020.

forme d'autonomie. Le désintéressement peut être un vecteur qualifiant du détachement. Humainement parlant, nous ne pouvons pas être intéressé par tout et tout le monde. Nous avons à nous intéresser aux gens et aux choses qui nous concernent mais seulement à ceux-ci, sinon nous risquons de nous agiter dans tous les sens en nous épuisant et en épuisant les autres.

Mais le renoncement alors s'inscrit-il aussi dans l'idée d'un acte gratuit ? La définition du renoncement est : « Cesser par une décision volontaire de prétendre à quelque chose, et d'agir pour l'obtenir ». (Le Larousse). La différence avec le détachement, est dans la radicalité du renoncement. Tandis que le détachement est modulable, se rapprocher d'un attachement pour s'en éloigner plus tard, le renoncement ressemble à un aller simple vers un but précis. Les Stoïciens appliquent cette philosophie du renoncement. « [...]il y a des choses auxquelles tu dois totalement renoncer »¹²⁵. La personne amputée d'une jambe, doit renoncer à sa vie d'avant, apprendre à vivre sans ce membre et à être rangée dans la catégorie des handicapés. Cette réflexion va être à l'origine d'une décision à se détacher de tout ce qui avait à voir avec l'existence d'avant. En acceptant de vivre, cet individu peut envisager un autre avenir. Ce consentement est un accord douloureusement réfléchi mais qui autorise à rebondir sur autre chose. Entre le renoncement et le détachement, l'abandon n'est jamais très loin. Quand nous renonçons, nous arrêtons une action, nous baissons les bras mais nous prenons une décision : quand les risques encourus par le patient pour se soigner sont plus importants que les bénéfices possibles, nous renonçons à pratiquer une thérapeutique. Mais nous n'abandonnons pas pour autant le patient. Nous allons l'accompagner dans ses derniers moments. Ces décisions consensuelles, encadrées par la loi Léonetti, laissent toujours à l'équipe une impression de malaise si ce n'est d'échec. L'autre renoncement est celui de renoncer à la vie ou un mode de vie pour soi-

¹²⁵ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [1, 2-5], p. 163.

même. Ce peut être bénéfique lorsqu'il s'agit d'accepter un échec ou un deuil, mais délétère quand un individu dépressif renonce à construire un projet de vie. Entre le renoncement et le détachement, il existe une différence essentielle qui est un certain regard sur l'avenir. Dans le renoncement, la personne arrête un mouvement, un projet ; dans le détachement, elle agit pour aller vers plus de liberté, d'espace. Mais le détachement s'articule avec le terme de renoncement pour articuler une décision de changement radical à une action à entreprendre. S'il y a action il y a projet et donc désir de vivre. Le détachement pourrait être aidant.

La résignation est encore différente du renoncement, elle n'est pas de même nature : définition de la résignation : « Attitude d'une personne qui accepte, sans se révolter, une chose pénible, désagréable qu'elle juge inévitable ». (Le Larousse). La résignation désigne soit une attitude d'abandon, de soumission, d'abdication, soit une manière d'accepter. Nous rencontrons souvent ce type de réaction à l'hôpital car beaucoup de mauvaises nouvelles sont annoncées, bouleversant profondément la vie de ceux à qui elles s'adressent. Parfois se résigner face à une maladie incurable ou à un handicap est un passage obligatoire pour supporter l'insupportable, la seule alternative étant le suicide. Peut-être après la résignation, une autre vision de l'existence peut commencer à se profiler, inimaginable à l'annonce de ces très mauvaises nouvelles. Ainsi certaines personnes transcendent leur handicap et deviennent des modèles de résilience et de réussite pour les autres comme le montrent les jeux olympiques réservés aux sportifs handicapés. La résignation, à la différence du renoncement, porte en elle quelque chose de triste. La porte vers l'imaginaire se ferme empêchant toute créativité ou envie de révolte. Les désirs disparaissent un à un entraînant avec eux les émotions et les passions. Se résigner revient à accepter d'être soumis à une situation, de vivre selon une seule et unique voie, une vie coupée de tout choix. La différence avec le désintéret se situe dans

le fait que non seulement la personne résignée ne s'intéresse plus à ce qui lui arrive mais démissionne d'elle-même. Elle abandonne son corps aux autres, jusqu'à son âme. Une profonde résignation doit être repérée pour que l'individu reprenne pied et retrouve le désir de conduire lui-même son existence. Il est normal et même compris par les équipes de soigner des personnes résignées, abandonnées. Les Stoïciens parlent du fait d'accepter les choses sans se plaindre mais ils enseignent qu'il faut se battre pour celles qui dépendent de nous. Apprendre à vouloir chaque chose comme elle arrive est le contraire de la résignation. Les Stoïciens parlent de désir, mais avertissent leurs élèves que le désir ne doit pas porter sur les choses qui ne dépendent pas de nous. Le Stoïcien ne renonce jamais, ne se résigne jamais et agit sur les décisions dépendant de lui : « Le seul combat où il (l'homme) s'engage, c'est celui qui concerne les choses qui dépendent de nous »¹²⁶. Le désir et la créativité sont toujours présents chez un sujet acteur de sa vie contrairement à l'être résigné. L'homme délibère sur la bonne action à entreprendre pour atteindre son but ; il invente tous les moyens à sa mesure à mettre en œuvre pour réussir, et il accepte l'échec en fonction des circonstances, car il sait que certaines choses ne dépendent pas de lui. Par exemple si un homme vise une cible et échoue, il analyse la raison pour laquelle il a raté le cœur de la cible (peut-être y a-t-il eu un coup de vent inopportun), il recrée une nouvelle situation, modifie le déroulé de l'action et utilise des moyens mieux adaptés en fonction des circonstances pour atteindre la cible, sans jamais se lasser : cette idée de ne jamais se lasser est au cœur de la pensée philosophique des Stoïciens : c'est la clé de voûte. Pour les Stoïciens, accepter les choses qui ne dépendent pas de nous est le secret du bonheur. Nous avons le choix, quand nous avons acquis la connaissance de ces choses, nous décidons d'après ce qui dépend de nous en tenant compte des circonstances. Alors nous ne nous résignons pas, mais nous pouvons travailler sur une forme de détachement

¹²⁶ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [18-21], p. 89.

favorable à l'ouverture. Un soignant fatigué peut travailler d'une manière résignée, mais cette résignation ne peut être que passagère, sinon il doit réfléchir à continuer ou non d'exercer son métier. Elle peut être un passage pour reprendre son souffle, se mettre à l'abri, ne plus rien sentir pour se reposer. Le concept de détachement emprunte à la philosophie stoïcienne le fait de ne pas être attaché aux choses qui ne dépendent pas de nous dans un but de ne pas porter nos désirs vers des choses que nous ne contrôlons pas. Dans le cadre de la résignation c'est l'idée d'une lutte incessante contre la lassitude. La lassitude peut être à l'origine d'un comportement résigné quand une personne n'aperçoit jamais la fin de sa souffrance. À l'hôpital, les patients atteints de maladies chroniques comme un diabète, une pathologie rhumatismale ou un cancer sont susceptibles de basculer dans la résignation. Le détachement n'est pas de la résignation, car si la personne semble se détacher de tout quand elle se résigne, ce ne sont pas des liens qu'elle coupe ou qu'elle étire, elle lâche prise, elle baisse les bras. Le détachement pourrait aider à porter un regard nouveau sur la situation, et retrouver une sorte de joie par l'imagination. « Il faut l'imagination pour donner une représentation du bonheur et/ou du malheur »¹²⁷. Si un individu résigné parvient à imaginer l'état dans lequel il se trouve, il voit l'image qu'il renvoie ; il peut avoir envie de transformer cette image, sinon peut-être est-il encore trop tôt pour l'aider à rêver une autre représentation de lui-même. En appliquant le détachement, nous montrerons que nous devenons très attentifs à guetter le bon moment, l'instant choisi et favorable pour mettre en route un désir de changement. Un dernier aspect de la résignation est le don total de soi à une cause qui peut être religieuse mais aussi politique ou professionnelle. Jésus dit : « Mais moi je vous dis de ne pas résister à celui qui vous fait du mal ; mais si quelqu'un te frappe à la joue droite, présente-lui aussi

¹²⁷ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions (Traité de la nature humaine, Livre II)*, trad. par Jean-Pierre Cléro (Paris : Flammarion, 2015), p. 163.

l'autre »¹²⁸. C'est-à-dire que Jésus exhorte l'homme à ne jamais répondre à la violence par la violence, mais de proposer à l'autre de continuer à le frapper. Cela demande une très grande force de caractère proche des vertus comme celles pratiquées par les Stoïciens. Les personnes capables de telles réactions subissent tout sans rien dire, sans se plaindre, sans se révolter dans le but de calmer la violence de celui qui frappe, sans pour autant se porter en victime. Ce pourrait être des individus qui décident d'entrer en religion. Alors ils entreprennent un travail sur eux-mêmes pour se détacher de tous les biens terrestres dans le but de remplir pleinement leur vie spirituelle. Se détacher devient une lutte contre les émotions, les envies, tous les liens affectifs, pouvant mener à un total renoncement. L'individu est résolu à adopter une vie monastique. Mais les religieux évoluent dans quelque chose de paradoxal, parce qu'il leur est demandé d'être détaché mais pas indifférent, de mesurer leur détachement pour continuer à s'intéresser aux autres. Dans la résignation, il y a l'idée d'une petite mort, d'un abandon d'une partie de soi pour préserver le reste. Dans le cas de personnes qui font don d'eux-mêmes à une cause, nous parlerions plus de renoncement à un certain mode de vie. Nous retrouvons, comme dans le détachement, l'idée d'une décision suivie d'une action. Nous décidons de renoncer à quelque chose pour mieux nous consacrer à autre chose à laquelle nous croyons vraiment.

Être abandonné, c'est se trouver sans appui. Un homme qui est seul n'est pas abandonné. Avoir en soi les moyens de se suffire : c'est la philosophie, le philosophe¹²⁹.

Épictète pose la différence entre la solitude et le sentiment de solitude qui peut s'approcher du sentiment d'abandon. En ville nous ne sommes jamais seuls, il y a toujours du monde

¹²⁸ Ostervald, *La Sainte Bible*, Matthieu V, verset 6.

¹²⁹ Épictète *Manuel suivi des Entretiens rassemblés par Arrien*, (Paris : Librio, 2014), p. 50.

dans les rues ; et pourtant beaucoup d'individus se sentent délaissés, laissés à eux-mêmes, et ils seraient plus nombreux à ressentir cette profonde solitude qu'en milieu rural. Épictète parle de cette solitude comme le fait de ne plus pouvoir s'appuyer sur quiconque. Le vers « un être vous manque et tout est dépeuplé »¹³⁰ illustre parfaitement notre propos. Un deuil, une rupture, un départ peuvent être vécus comme un total abandon. Si un bébé est abandonné par sa mère dès la naissance, aucun lien ne subsiste plus. La solitude se déploie pour l'abandonné mais aussi pour celui qui abandonne. La rupture est très forte, chargée de menaces pour l'avenir. Aucun des deux ne peut plus compter sur l'autre. L'abandon ferme une relation, arrête un projet donc un avenir. La radicalité d'une telle décision se vit comme une petite mort, chacun accomplit le deuil de la relation antérieure pour se reconstruire et retrouver un avenir après ce drame. « Le détachement peut être le début d'un abandon s'il n'est que négatif, [...], comme un vide¹³¹[...] ». Mais quand une mère met un enfant au monde, elle ne l'abandonne pas quand on coupe le cordon ombilical. La séparation définitive est nécessaire pour que l'enfant respire de manière autonome et donc vive. Cette rupture rend possible une autre naissance, celle d'un lien entre la mère et son enfant. Ce lien ne peut pas se tisser si le cordon n'est pas coupé. La mère et l'enfant ont été détachés l'un de l'autre. Ce détachement est à l'origine de l'attachement que ces deux êtres vont déployer l'un pour l'autre. Le fondement de la relation soignant-soigné est le souci de l'autre. Il peut exister un état d'abandon du patient pris dans un sens réfléchi. Le patient trop fatigué, débordé par sa pathologie, sa douleur, son anxiété, *s'abandonne* aux soins de l'équipe soignante. Il cesse de se prendre en charge et confie son corps à ceux qui le soignent. Mais les soignants n'abandonnent jamais les patients. Par contre, ils peuvent s'abandonner de temps en temps pour lâcher prise, se

¹³⁰ Alphonse de Lamartine, *Méditations poétiques* 1820, Collection poésie 145 (Paris : Gallimard, 1998).

¹³¹ Épictète, *Manuel suivi des Entretiens rassemblés par Arrien*, p. 104.

détendre, se laisser envahir par leurs émotions, les sensations du moment, accueillir l'instant présent. Alors l'abandon devient un laisser-faire pour se détendre et aller mieux. Le détachement se distingue de l'abandon par la tension qu'exerce le seul fait de détacher. Nous avons étudié les synonymes du mot détachement ; nous avons articulé avec lui le concept d'attachement, tentons de définir ce mot de détachement.

II.2 Recherche d'un sens et d'une définition du détachement

État de celui qui est détaché, délivré d'un sentiment, d'une opinion, d'une passion. Il est dans un grand détachement de ses intérêts personnels¹³².

II.2.1 Être détaché

Être détaché d'une situation par manque d'intérêt, de quelqu'un par raison, par désamour, du monde qui nous entoure comme le souhaitent les ermites, serait la recherche d'une absence de passions, de désirs, pouvant aller jusqu'à l'inaction. Épictète est opposé à l'action par plaisir ou par intérêt, d'où l'idée de détachement comme désintéressement. Freud évoque la relation entre parents et enfants pouvant générer des névroses par trop d'attachement. Dans l'idée de détachement, nous défaisons un lien ou nous nous défaisons d'un lien. Pour rompre une relation il faut se séparer, se détacher, au propre comme au figuré. La question posée est de savoir s'il faut absolument avoir été attaché pour pouvoir envisager de parler de détachement. Ne peut-il exister un détachement tout seul sans attachement préalable ? Nous avons partiellement répondu à cette question à propos de l'attachement. Nous avons montré que le détachement était l'existence de liens étirés ou transformés dans le but de changer une relation. Appliquons cette théorie à une situation hospitalière :

Un patient raconte comment un médecin est entré dans sa chambre en réanimation et a porté son regard sur l'écran qui enregistre ses paramètres vitaux. Ce praticien explique au patient que tout va mieux, qu'il pourra bientôt sortir de réanimation, sans jamais détacher ses yeux de *ces lignes vertes, bleues ou rouges* qui traversent cet écran. Il quitte la

¹³² Beaujean, *Dictionnaire de la langue Française*, 1990.

chambre en disant au revoir tout en regardant *l'écran*. La santé du patient peut le préoccuper mais ce sont, pour lui, les écrans qui traduisent la bonne santé de celui-ci. Alors il s'attache à les lire et les suivre avec beaucoup de sérieux. Il n'y a pas de jugement moral dans cet exemple, simplement le constat que ce médecin exerce son métier très consciencieusement, mais oublie que, derrière les écrans, un homme ou une femme respire, espère, a peur et attend son verdict. Est-ce du détachement ? Il n'est ni attaché ni détaché à ce patient, il est peut-être inquiet pour ce malade mais aussi pour lui ; il a la crainte de ne pouvoir sauver un individu, de rater quelque chose, d'oublier de vérifier un résultat, de passer à côté d'une information. Nous ne pouvons pas dire que cette personne est détachée du patient, elle y consacre tout son temps. Mais elle est tellement centrée sur la pathologie et la manière de la traiter qu'elle adopte un comportement maladroit à l'encontre du malade. Cette attitude peut être à l'origine d'un malentendu entre les deux parties et entraîner une plainte de la part du patient. Si le médecin ne paraît ni attaché ni détaché, juste professionnel, le patient est attaché à l'équipe soignante de manière très forte par l'angoisse ressentie tous les jours de savoir si la maladie cède du terrain vers une possible guérison. En conclusion, nous pouvons écrire qu'il n'y a pas de détachement dans cette rencontre mais des liens qui ne se sont pas tissés.

Au théâtre, nous avons vu que l'acteur construit son rôle et, pour ce faire, prend une distance par rapport à sa propre nature. Il doit se défaire de ce qui le compose pour construire un personnage, comme un avatar, une dépossession (temporaire) de soi. Diderot explique que c'est parce que le comédien n'est rien qu'il peut tout. Nous assistons à une production qui ne peut être réussie qu'à la condition d'une mise en silence de certains liens, une forme de détachement. C'est à nous, soignants, dans un premier temps, d'apprendre à faire taire certains liens pour en faire exister d'autres plus adaptés à la demande du patient. Alors le patient pourra, à son tour, répondre à cette nouvelle

sollicitation. Nous pensons qu'il existe un lien, une corde qui relie l'individu à la chose ou la personne avec laquelle il veut mettre une distance. Nous n'imaginons pas comment nous pourrions nous détacher ou être détaché de rien : deux antagonistes sont nécessaires au concept de détachement mais reliés entre eux d'abord. Il y a toujours deux parties qui s'éloignent ou se séparent. Sur sa tombe, Man Ray, photographe surréaliste américain de la première moitié du XX^e siècle, a fait écrire : « unconcerned but not indifferent », (Détaché mais pas indifférent).

II.2.2 Pourquoi introduire le détachement dans la relation soignant-soigné

Qu'entendons-nous par émotions, sensations ou passions ? Les émotions et les passions composent le moteur du travail sur le détachement. Induites par les sensations, elles vont entraîner, pour l'acteur des soins, un travail d'identification pour lui-même et pour les soignés. Les sensations sont les impressions de notre environnement par le biais de nos sens après perception. Elles sont nécessaires pour valider une connaissance ou une expérience. Grâce à elles, nous éprouvons des émotions attirantes comme le son d'une musique ou l'odeur d'une fleur, et d'autres repoussantes comme la vue de quelqu'un de très abîmé ou un goût très amer. Elles peuvent être le reflet d'un souvenir bon ou moins bon car les sensations imprègnent la mémoire. Les émotions sont l'expression d'un trouble face à un événement, et ont leur origine dans les sensations. Elles peuvent également être agréables ou désagréables, elles envahissent la totalité du moi. Une émotion comme la peur peut paralyser le sujet ou, à l'opposé, comme un coup de foudre, mobiliser tout le sujet à accomplir des actions incroyables. Elles sont instables et d'une durée relativement réduite à l'inverse des passions qui peuvent perdurer et s'organiser comme l'amour et la haine. Il existe des passions plus éphémères, comme la tristesse ou la joie. Elles sont tour à tour condamnées comme maladie de l'âme par Kant : « être soumis aux émotions et aux passions, est toujours une maladie de l'âme, puisque toutes deux excluent la maîtrise de la raison »¹³³, mais souhaitées pour donner de l'énergie à la vie et l'intensifier comme Nietzsche en parle dans *la naissance de la tragédie* :

¹³³ Emmanuel Kant, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, trad. par Michel Foucault, 6. tirage, Bibliothèque des textes philosophiques (Paris : Vrin, 1991), §73.

[...] L'approche du printemps dans toute sa vigueur, irriguant toute la nature de joie, éveille ces émotions dont l'intensification fait s'évanouir le subjectif jusqu'au complet oubli de soi¹³⁴.

Aveuglement ou intensément, elles nous accompagnent tout au long de la journée. Sans les sensations et les passions, le détachement n'existe pas. Il peut être évalué du plus intense détachement rapprochant l'individu du vide, du néant et de la mort, jusqu'à un détachement rempli d'émotions et de sensations très différent de l'attachement. « Or le détachement est si proche du pur néant qu'il n'y a rien qui serait assez fin pour trouver place en lui »¹³⁵. Maître Eckhart transcende le détachement en le rapprochant tellement de la mort qu'il n'y a plus de place pour autre chose mais ce n'est pas la mort, c'est un peu *comme si* : nous sommes vivante mais détachée au point de ne plus souffrir. Nous retrouvons l'idée d'un détachement radical comme une mort. Cette désunion est essentielle à la construction d'un être humain. Le concept de détachement devient alors inévitable à une vie d'homme libre toujours en lien avec les autres.

Appliquons ce sens du détachement à la relation entre un professionnel de santé et un malade. Beaucoup de questions surgissent tant ce mot semble peu adapté à cette situation. Le soignant devra-t-il se détacher du patient ou l'inverse ? Si le détachement est une séparation, des liens que l'on coupe, la recherche d'une autonomie, pouvons-nous écrire que le soignant a besoin de se séparer du malade et le malade du soignant ? Pouvons-nous conseiller de couper certains liens qui nous paraissent excessifs ? Est-ce légitime par le biais de la notion de détachement, de prétendre chercher l'autonomie pour les deux sujets de la relation ? Le détachement est un concept double, et cette dualité permet de réfléchir

¹³⁴ Friedrich Nietzsche, *La naissance de la tragédie : ou hellénisme et pessimisme*, précédé de l'Essai d'autocritique, traduit par Patrick Wotling, nouvelle édition, coll. Le livre de poche Classiques de la philosophie, n° 32696, (Paris : Librairie générale française, 2013), p. 85.

¹³⁵ Johannes Eckhart, *L'amour est fort comme la mort : et autres textes*, trad. par Paul Petit, Folio sagesses (Paris: Gallimard, 2015), p. 13.

sur l'aspect réciproque de ce terme. Il peut être comparé à l'émergence d'un sujet sur la toile du peintre, sujet qui se détache du fond. Tout à coup, le cœur de la peinture surgit et le spectateur peut admirer le chef-d'œuvre. Le soignant, par le biais du détachement, découvre le soigné au milieu de tous les autres à soigner, au milieu de toutes les tâches à réaliser. Ce nouveau regard porté ouvre un champ des possibles sur un changement de positionnement, de rôle, de prise en charge de la maladie. La démonstration de cette nouvelle posture agence tout ce qui suit. Nous analyserons comment ce sens donné au détachement, transforme cette relation soignant-soigné, qu'elle soit trop distante ou trop proche.

Il y a comme un paradoxe entre l'idée que nous nous faisons de la relation d'un soignant vis-à-vis d'un soigné et l'idée de détachement. Spontanément, tous les termes opposés au détachement semblent plus adaptés pour cette rencontre : l'empathie, le don de soi, la compassion, la douceur, la bienveillance. L'idée d'être détaché du malade, ou le malade de l'équipe soignante, est gênante, dérangeante. L'hôpital est un site où les gens se rencontrent, vivent ensemble des situations qui vont bouleverser leur vie, où des liens de toute nature se créent. Alors les soignants s'investissent, investissent tout leur savoir et leur énergie pour réparer, soulager, écouter, tenter de guérir pour rendre à chaque patient l'espoir d'un avenir. En essayant de définir ce terme, nous allons montrer le réel intérêt d'appréhender ainsi le sujet, et d'élaborer la base d'une réflexion sur un travail pour faire évoluer le point de vue sur le soin. Nous aimerions apporter notre contribution dans l'amélioration de cette relation teintée de souffrance. Celle du soignant est liée à trop de travail, la frustration de ne pas parvenir à soigner avec tout le temps nécessaire ; celle du patient est liée à la maladie par l'inquiétude qu'il a pour sa santé ; il cherche dans l'équipe soignante un certain réconfort. « Tous les jours, toutes les heures, à chaque fois donc pas

une fois pour toute »¹³⁶, le soignant adapte sa propre attitude à l'autre, selon les circonstances. Émotions et sensations attachent, nous les détachons totalement ou une à une pour en relier d'autres. Nous les modulons, les domptons, les adoptons. Nous nous détachons un peu, beaucoup ou totalement.

Quand tu vois quelqu'un qui est dans la douleur verser des larmes [...], fais bien attention de n'être pas toi-même entraîné par la représentation selon laquelle il serait plongé dans des maux extérieurs, [...]. Ce n'est pas ce qui afflige cet homme[...] mais le jugement qu'il porte sur les choses qui lui arrivent. Pourtant n'hésite pas, en paroles, à compatir avec lui, [...]. Mais toi, fais bien attention de ne pas gémir aussi intérieurement¹³⁷ [...].

À l'hôpital, nous sommes en présence de deux personnes, l'une souffre et l'autre est témoin de cette souffrance. Les Stoïciens conseillent, non pas de pleurer avec celui qui a du chagrin mais de s'en imprégner pour le ressentir, le mettre en scène et pouvoir ainsi guider l'autre à sortir de sa douleur. Ce travail demande au soignant un temps de réflexion avant d'aborder le patient pour canaliser son émotion et la mettre à son service. Cet imaginaire est nommé représentation par les Stoïciens et entraîne, avant même que quelque événement ait eu lieu, une chaîne d'émotions très négatives qui finissent par terrasser l'individu dans un véritable chagrin. Souvent une personne en larmes pleure plus sur la représentation qu'elle se fait de sa maladie que sur la cause réelle de la douleur. Quand nous voyageons, si nous imaginons les situations les plus dramatiques, nous finissons le trajet absolument terrorisée. De fait, il ne s'est rien passé. Le soignant pourra travailler avec le malade sur cette idée de représentation. « Nous avons en nous-mêmes la force de combattre les représentations qui nous troublent »¹³⁸.

¹³⁶ Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie: choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque* (Paris : S. Arslan, 2013), p. 119.

¹³⁷ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [16-19], p. 175.

¹³⁸ *Ibid.*, [6-7], p. 71.

Le soignant apprend à repérer de tels comportements pour montrer au soigné qu'ici et maintenant rien de dramatique n'advient, il rassure inlassablement. Le détachement donnerait la capacité de diagnostiquer cette représentation pour identifier l'angoisse générée et aider à élaborer avec le patient une représentation aidante ; nous comprenons les raisons de cette affliction et nous pouvons en saisir les ressorts. Alors confrontée à un sujet triste qui ressasse des angoisses, nous serions plus à même de l'écouter parce que nous avons identifié dans quelle sorte d'imaginaire il est emmuré. Nous restons à notre place tout en exerçant avec tact un soin adéquat pour tendre vers un début de communication. Les deux parties peuvent alors se rencontrer et coïncider, ce qui est différent de s'attacher, chercher et trouver le bon moment, la recherche du *kairos* ou moment opportun. Un puzzle est formé de centaines de pièces qui coïncident toutes ensemble et représentent une image, mais elles ne sont pas collées ensemble pour pouvoir être repositionnées. On peut toujours en détacher une, qui a sa structure propre. Elle ne coïncide bien qu'à un seul endroit. C'est l'idée de la bonne place. Il se dessine un puzzle à chaque rencontre entre un soignant et un patient. C'est un kaléidoscope de circonstances qui se bousculent, d'événements violents, douloureux, éprouvants à travers la rencontre de nombreuses personnes, kaléidoscope dont la finalité est la cohérence dans la relation et dans l'histoire qui se raconte jour après jour. C'est un travail sur soi-même que nous approfondirons plus loin.

Par ailleurs, nous agissons en prévoyant les conséquences de ce soin, puis évaluons la différence entre nos prévisions et la réalité. Cette réflexion porte ainsi sur une éthique conséquentialiste ou utilitariste. Nous en reparlons également plus loin. Le détachement s'installe dans cette dimension spatio-temporelle, moment où le soignant et le soigné ensemble ou séparément agissent pour donner un remède, comme pour se *rencontrer*. Sous ce prisme, nous rangeons toute réflexion qui, de près ou de loin, tend vers une

recherche d'autonomie, de plus grande liberté. Nous étudierons comment, non seulement l'autonomie ou la liberté mais également la justice, la bienveillance s'articulent tout à fait avec ce concept. Les émotions portent en elles le pire et le meilleur et entraînent l'homme à agir pour le bien ou le mal. Une action peut sembler bonne, mue par de bonnes passions comme l'amour et avoir des conséquences désastreuses et inversement. Illustrons notre propos par deux exemples :

Le premier est celui de la jeune accouchée : l'obstétricien détache le bébé de sa mère pour que celle-ci, comme nous l'avons vu plus haut, crée un autre lien avec un être qu'elle voit et qu'elle touche pour la première fois, et non plus avec une projection d'un bébé *in utero* ; mais ce qu'il y a de remarquable dans cette relation, est que la mère et l'enfant sont d'abord attachés, puis le médecin les détache. Par contre, personne ne *se* détache. Il y a un acteur du détachement et deux êtres qui *subissent* ce détachement, détachement absolument vital pour donner de la liberté à chacun dans le but d'un nouveau lien possible. Nous verrons plus loin en quoi ces subtilités grammaticales marquent profondément le sens du terme détachement.

L'autre exemple est celui du maître qui enlève la laisse de son chien pour le laisser courir à son gré. L'homme détache son chien et le libère. La liberté de celui qui est détaché est possible sous certaines conditions. Nous ne lâchons pas la main d'un enfant de deux ans dans la rue. Mais quand nous lâchons le vélo de l'enfant qui apprend à pédaler, nous lui offrons son autonomie ; il découvre très vite que cette liberté nouvellement acquise a des contraintes, s'il arrête de pédaler, il tombe. « L'obéissance véritable, [...], c'est l'autonomie »¹³⁹.

¹³⁹ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 245.

Ces deux exemples montrent que dans une relation asymétrique, quelqu'un décide de détacher l'autre qui se laisse détacher. Le but est de donner de la liberté, de l'espace pour permettre le regard, l'écoute, l'attente, le respect, une distance qui permet « l'échange en confiance »¹⁴⁰. Ils montrent également deux aspects du détachement, l'un qui libère pour autoriser la vie et l'autre pour libérer un animal ou un enfant ; les conditions de cette mise en liberté sont soigneusement évaluées. La relation entre soignant et soigné se situe entre les deux : nous devons rompre des liens pour redonner de l'espérance à celui qui est malade mais aussi pour tendre vers plus de liberté pour soi-même et pour le patient. La différence observée est qu'il n'y a aucune attache au début de la relation de soins, aucun lien n'existe entre eux et pourtant le lien sera très fort très vite. Dès la rencontre, quelque chose se passe, et si le soignant affiche un certain détachement, il installe le patient dans une situation inédite. « Le principe de détachement rappelle la nécessité de la distance qui contribue au respect d'autrui »¹⁴¹. Le plus souvent, le personnel montre de la compassion, du dévouement et une relation affective ou même affectueuse peut s'établir. Le danger porte sur les passions qui peuvent s'installer et déformer l'échange, car si nous pouvons avoir de l'affection pour quelqu'un, nous pouvons aussi avoir de l'aversion. Si nous nous autorisons l'un, nous pouvons nous autoriser l'autre. Nous ne pouvons, ni ne devons aimer certains patients et détester les autres. Alors si nous voulons garder l'énergie pour recommencer tous les jours, à chaque instant, nous allons devoir nous détacher, alors qu'au moment de la rencontre, nous n'étions pas attachée ! C'est le paradoxe de cette relation.

¹⁴⁰ Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie: choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque* (Paris : S. Arslan, 2013), p. 104.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 103.

Il n'est pas interdit d'être ému par la douleur d'autrui et même de pleurer avec lui, mais il ne faut pas gémir intérieurement c'est-à-dire qu'il faut garder son jugement droit¹⁴².

Pierre Hadot note cette réflexion en introduction au *Manuel* d'Épictète pour expliquer la philosophie stoïcienne. Elle peut apparaître dénuée d'émotions et de compassion pour l'autre, mais elle demande de laisser agir ses émotions sans qu'elles obscurcissent la réflexion ni le discernement. Chacun peut rester enfermé dans ses préoccupations et courir le risque de rater l'autre. Pourtant dans cette relation tout soignant cherche à être à l'écoute attentif et respectueux, et peut trouver intéressante l'idée de détacher le patient de trop de proximité, pour créer un espace de détente. Mais cela demande une réflexion importante pour lui-même, car il va devoir changer ses habitudes comme l'acteur, donc d'abord apprendre à se détacher. Cette notion n'est pas abordée dans les deux exemples précédents car nous abordons la notion de *se détacher*. Dans la décision de se détacher, il y a obligatoirement l'idée d'un travail personnel. Il faut avoir réfléchi et s'être demandé quelle est l'essence même de cette relation soignant-patient pour faire la démarche de se détacher. Toute personne qui a eu à se détacher de quelqu'un ou de quelque chose sait que ce peut être sinon douloureux du moins long. De plus, l'objectif est d'améliorer la relation ou de la clore et non de la ternir. « Mais ce n'est pas de la fermeture, le détachement est une ouverture vers l'autre »¹⁴³.

Le fait de se détacher entraînerait un comportement libre, désintéressé, mais également la création de liens autres, choisis. Tentons maintenant de définir ce terme de détachement pour finir de l'installer dans la réflexion.

¹⁴² Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [15-16], p. 84.

¹⁴³ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 140.

II.2.3 le détachement dans tous ses états

Derrière ce mot de *détachement*, surgit essentiellement des verbes d'action, *je détache*, ou utilisés sous leur forme pronominale, *je me détache* ou passive, *je suis détaché*.

On détache quelqu'un ou quelque chose donc deux parties, deux antagonistes : une personne rend à quelqu'un sa liberté, quelque chose dont, semble-t-il, celui-ci était privé. L'un est acteur, l'autre subit. Il peut y avoir un accord ou un plaisir mutuel ou un désaccord, source d'un conflit ou d'une souffrance. Par exemple, détacher un animal pour lui rendre sa liberté ressemble à du plaisir, mais vouloir détacher quelqu'un de quelque chose dont il aime les effets, comme une drogue, peut poser problème. Quand nous détachons un individu, nous l'obligeons à accepter cette nouvelle liberté, ce n'est pas nous qui nous détachons. Nous trouvons aussi l'idée de donner de l'indépendance à quelqu'un ou de créer un autre rapport à l'autre. Le soignant peut détacher un patient au propre ou au figuré. Au figuré, cela signifierait qu'il lui offre la capacité de se considérer comme un être libre dans l'institution hospitalière comme dans la société. Il peut reprendre pied et retrouver son identité et le désir de se soigner.

Se détacher est un verbe d'action également décliné sous une forme grammaticale réfléchie : le sujet du verbe est l'auteur de l'action ; l'action s'adresse au sujet lui-même. Dans l'action de se détacher, il y a une décision en amont. Parvenir à se détacher de quelqu'un, par exemple, est un succès sur soi-même et pour soi-même. Sur soi-même parce que l'individu a été capable de décider de cette séparation et de la mettre en œuvre ; pour soi-même parce que l'action entreprise est sans doute bienfaisante pour l'individu. Il y a bénéfice avant, pendant et après. Par exemple, les personnes victimes de conduite addictive travaillent avec beaucoup de courage à perdre leurs habitudes destructrices sur l'alcool ou la drogue. Dans un deuxième temps, elles récupèrent un degré de liberté pour

construire une autre relation. Nous pouvons avancer qu'à travers ce verbe existent un désir, une volonté, une décision et une action, l'ouverture vers un projet et sa réalisation. Quand quelqu'un entre en religion, il décide de se détacher des biens matériels pour épouser totalement une vie spirituelle. *Se détacher* s'adresse à soi-même et marque le début de quelque chose de nouveau. Cela ne signifie pas aimer moins mais aimer mieux, cela s'applique tout à fait à la relation soignants-soignés et au travail sur l'éthique. Ce verbe marque une action comme un mouvement pour dénouer soi-même les *liens* qui nous entravent. C'est le passage d'une situation de dépendance vers une situation autonome, où chacun se sent capable de prendre sa vie en main. Ricoeur parle de va-et-vient entre l'existant qui nous tient et nos idéaux qui nous font rêver :

Ces plans de vie prennent forme, [...], à la faveur d'un mouvement (qui pourrait être le détachement) de va-et-vient entre les idéaux plus ou moins lointains, [...], et la pesée des avantages et des inconvénients du choix de tel plan de vie au niveau des pratiques¹⁴⁴.

Se détacher est donc l'action de couper des liens qui nous attachaient : c'est une progression de l'action : les liens étant coupés, nous abordons la situation sous un autre aspect parce que nous pouvons nous déplacer, nous décaler, prendre le recul nécessaire. Étant positionné autrement nous appréhendons la *chose* autrement. Alors nous sommes détachée : C'est le résultat d'actions liées au détachement, responsables d'un sentiment celui *d'être détaché*. On peut avoir été détaché, et on peut *s'être détaché*. Souvent ce sens d'être détaché porte en lui un caractère péjoratif : *Ce n'est pas charitable d'être détaché*. Cela montre une certaine froideur, un manque d'intérêt pour les autres, une indifférence aux choses du monde. Nous avons montré plus haut la nuance entre ces termes. Être détaché peut aussi être utilisé dans un sens libérateur, lumineux et non dans son côté

¹⁴⁴ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 187.

sombre. Cette forme verbale peut être vue sous deux aspects : soit je suis détachée parce que je l'ai décidé et y suis parvenue, soit *on* m'a détachée et je me trouve en situation d'être détachée sans l'avoir forcément désiré. Cette nuance a son importance pour notre réflexion, car si le soignant tente d'être détaché, le soigné peut ressentir comme une contrainte le fait qu'on tente de le détacher de l'équipe soignante pour qu'il recommence à prendre soin de lui-même. Beaucoup de patients ne comprennent pas pourquoi il leur est demandé de signer un papier notifiant qu'ils ont été informés et qu'ils ont compris le traitement appliqué par le praticien, ils sont déconcertés qu'on leur impose le principe d'autonomie. La plupart ne le revendiquent pas, ils ont confiance et ne souhaitent pas en savoir trop. Aujourd'hui chaque malade comprend que son avis est pris en compte dans la décision médicale, et commence à s'habituer à être *autonome* de gré ou de force. Le détachement agit comme une prise d'autonomie et le soigné est acteur à part entière de cette reprise en main de la santé et de la vie par le patient. *Être détaché* est un état, une façon de se comporter, une habitude de vie. Nous verrons pourquoi nous pensons qu'il est essentiel dans la relation soignant-patient, de travailler à être détaché. Le détachement se définirait alors comme un état, résultat d'une action. Il serait le juste milieu entre l'attachement et l'indifférence absolue comme Aristote positionne le courage entre témérité et lâcheté. Quelqu'un capable de rester détaché apprend à conduire ses émotions, ses sentiments et ses passions. « Chaque habitude ainsi contractée constitue un trait de caractère »¹⁴⁵. Une action volontaire cherche à libérer deux individus l'un de l'autre pour créer d'autres liens entre eux pour que chacun cultive son espace de réflexion et d'action. Cette action n'est rendue possible qu'à la condition qu'au moins un des deux agents soit parvenu à l'état d'être détaché. Il pourra ainsi décider et mettre en route le processus de détachement.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 146.

Nous allons aborder maintenant le détachement à travers les passions pour vérifier si nous l'installons avec les autres principes éthiques utilisés dans le domaine du soin. Nous nous poserons la question de savoir si ce concept peut être rangé dans la catégorie d'un principe ou peut-être même d'une vertu. Un comportement détaché peut être acquis depuis la toute petite enfance. Être détaché est un état mais le sommes-nous par nature ? Si nous l'acquérons, pouvons-nous parler alors de vertu ou d'une faille dans notre caractère ? En religion, il est demandé de se détacher des choses matérielles, des gens qu'on aime pour épouser sa foi. L'acte de soigner ne représente pas un renoncement à la vie séculière, malgré le poids du passé, pas si lointain, des religieuses-soignantes.

Nous avons réalisé une enquête¹⁴⁶ auprès d'étudiants infirmiers de troisième année en fin d'études et d'étudiants cadres dans les écoles d'infirmiers(ères) et de cadres de Rouen. L'analyse des réponses aux questionnaires met en évidence le fait qu'ils revendiquent tous le désir de ressentir des émotions au cours des soins tout en apprenant à rester à distance, la bonne¹⁴⁷. Autrement dit, ils souhaitent tous travailler avec passion mais sans se laisser déborder¹⁴⁸. Ils parlent d'empathie, d'angoisse, de peur, de sympathie, de confiance, de tristesse et de joie¹⁴⁹. Dans les résultats des questionnaires, nous avons compté quatorze réponses sur vingt et une mentionnant l'idée d'une distance nécessaire. Les étudiants notent des notions d'espace, de hauteur, de recul ou de retrait¹⁵⁰. Ils évoquent très souvent le concept de distance et la qualifient de *bonne* parce que, ce qui apparaît dans toutes les réponses et sert de fil conducteur à ces soignants, est le désir de bien faire, de pratiquer des soins de qualité mais en essayant de ne pas se laisser

¹⁴⁶ Annexes 2, 3 et 4.

¹⁴⁷ Annexes 3 et 4.

¹⁴⁸ Annexe 4, une réponse à la question 7 : On évite la compassion pour éviter la surcharge émotionnelle qui serait néfaste pour le soignant et pour le soigné ».

¹⁴⁹ Annexes 3 et 4.

¹⁵⁰ Annexe 4.

submerger par des situations difficilement soutenables. En effet les soignants exercent leur mission dans un environnement violent ; aujourd'hui tout le monde se tutoie et les patients s'autorisent à donner des coups aux soignants, dans le service des urgences par exemple. Que met-on derrière ce concept de bonne distance alors qu'il est enseigné dans toutes les écoles d'infirmiers(ières) ? Nous avons connu un chirurgien qui opérait beaucoup d'enfants ; lors des consultations, il vouvoyait les enfants, ce qui avait comme effet de les rendre très fiers, ils se laissaient examiner sans broncher. La première distance serait-elle de ne jamais renoncer à vouvoyer un patient ?

Accompagnée par le détachement, malgré son apparente proximité avec la froideur ou l'égoïsme, nous acceptons de recevoir les passions de l'autre tout en écoutant les nôtres. Tel est le défi proposé par ce travail en proposant cette définition du détachement : le détachement, en ne ressemblant pas à une absence d'émotion, une indifférence, un désintéressement, une froideur, ne se coupe pas des émotions, il les révèle et autorise un travail de qualité des soins prodigués aux patients adapté aux circonstances. Nous allons confronter le détachement au système des passions pour vérifier sa faisabilité.

CHAPITRE III

Les passions examinées au prisme du détachement

III.1 Naissance, vie et extinction des passions

Passion : émotion violente et sensible à l'esprit, qui se déclenche quand se présente un bien ou un mal, voire tout autre objet qui, grâce à la constitution originelle de nos facultés, est adapté pour susciter un appétit¹⁵¹.

Cette définition de la passion est écrite par David Hume, philosophe écossais du dix-huitième siècle. Il parle d'émotion violente et sensible qui serait excitée par la vue de quelque chose, ou grâce à tout autre sens dont l'homme (et l'animal) est doué. Cet objet déclencherait à la fois une passion et un désir d'agir. En réfléchissant sur le thème des passions, nous abordons le centre vital et névralgique de l'homme. Nous allons étudier comment les passions animent les hommes, les portent ou les abattent. Nous montrerons pourquoi il n'y a pas de pensée sans émotion.

¹⁵¹ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 288.

III.1.1 Analyse des passions avec David Hume

Nous avons choisi Hume et le tome II de son *Traité de la Nature Humaine* pour étudier les passions parce que son ouvrage est à la fois très précis, il les examine et les classe comme un scientifique le ferait pour toutes choses observables dans la nature, très complet, toutes les émotions sont aperçues, et enfin très actuel, car nous pouvons ne pas être en accord sur tout, mais cette profonde réflexion sert de fondement à la pensée quand nous abordons ce sujet. De plus, Hume appartient au courant utilitariste dont il est question dans cette thèse à propos d'éthique. Le classement qu'il propose aide à clarifier le raisonnement et à comprendre la structure de l'édifice construit par nos propres perceptions à la survenue de l'irruption des passions. Alors nous verrons comment intervient la raison, son rôle sur l'entendement, la place des idées et des expériences. Enfin, nous en déduirons le chemin suivi par l'esprit, son désir d'agir jusqu'à l'entreprise de l'action. Ainsi nous tenterons de placer le détachement dans cette construction.

Tout d'abord, Hume précise que, sans passion, l'homme ne peut ressentir ni désir ni plaisir, et ne peut ni délibérer, ni agir : « Pour préserver son ardeur, il (l'esprit) doit constamment être soutenu par un nouveau flux passionnel »¹⁵². Toute la journée l'homme reçoit des perceptions à l'origine de ses impressions et de ses idées. Nous accueillons ces premières perceptions à travers nos impressions. Hume distingue les impressions originales ou sensations comme la faim et la soif, proches du domaine animal, des émotions secondaires ou réflexives. « Les douleurs et les plaisirs corporels, qu'ils soient sentis ou conçus par l'esprit, sont la source de multiples passions »¹⁵³.

¹⁵² David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 270.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 100.

Aucun être humain pourvu de ses sens, n'échappe à ses impressions. Parmi ces émotions secondaires, le philosophe différencie les émotions calmes, des violentes. Les calmes portent « sur le sens de la beauté et de la laideur dans l'action »¹⁵⁴ ; elles nous accompagnent au long de la journée sans que nous n'y prêtons vraiment attention. Notre regard, notre ouïe sont traversés par des couleurs ou des bruits que nous apprécions ; pendant ce temps nous vaquons à nos occupations.

A contrario Hume appelle *passions* violentes ce qui touchent à l'amour et à la haine, l'orgueil et l'humilité, le chagrin et la joie, « En général les passions sont plus violentes que les émotions »¹⁵⁵. Elles sont déclinées par deux car elles portent en elles leur contraire. Parmi les passions violentes, Hume distingue les passions directes des passions indirectes. Les passions directes prennent la forme de la douleur et du plaisir et sont en lien avec la morale, le bien et le mal : « Par passions directes, j'entends celles qui naissent immédiatement du bien et du mal, de la douleur et du plaisir »¹⁵⁶. La douleur serait l'impression du vice quand le plaisir celle de la vertu. Les passions indirectes sont : « L'orgueil, l'humilité, l'ambition, la vanité, l'amour, la haine, l'envie, la pitié, la malveillance et la générosité »¹⁵⁷. Ces passions indirectes communiquent avec la raison et l'esprit. La différence entre les passions directes et indirectes est une adéquation entre nos impressions, l'objet de la passion et sa cause.

Voici donc une passion située entre deux idées : l'une qui la produit, l'autre qu'elle produit. La première représente donc la cause ; la seconde, l'objet de la passion¹⁵⁸.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 100.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 100.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 100.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 101.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 103.

Ces passions, dit Hume, nous assaillent sans précédent même si la cause est connue à la différence des idées qui sont des copies de situations déjà existantes ou des modèles. Ce sont ces passions qui nous intéressent tout particulièrement pour notre travail. Nous sommes confrontée à des sensations de réflexion : *les idées*, et des sensations de sensation : *les émotions*. Idées et émotions s'associent pour former des unités qui sont *les passions*. Ces associations s'organisent comme un faisceau, faisceau de sensations. Par exemple, les deux associations de l'idée du moi et de l'émotion provoquée par ma belle maison provoquent une connexion à l'origine de la passion de l'orgueil. L'exemple d'une belle maison, que prend Hume, montre que si elle ne m'appartient pas, je n'éprouve pour elle que du plaisir à contempler sa beauté architecturale. Mais si elle m'appartient, je suis *fière* de ressentir du *plaisir* face à un *objet* qui *m'est* directement lié. Il y a donc l'idée de l'objet associée au moi et l'impression de *beau* associée au plaisir.

La cause qui suscite la passion est reliée à l'objet que la nature a attribué à la passion ; la sensation que la cause produit séparément est reliée à la sensation de la passion. La passion dérive de cette double relation d'idées et d'impressions¹⁵⁹.

Et, nous ne pouvons pas être fière d'être l'heureuse propriétaire d'une maison si elle est quelconque¹⁶⁰,

Dans ce cas l'objet de la passion c'est lui-même (homme) ; la cause c'est la belle maison. Cette cause se subdivise, à son tour, en deux parties : la qualité qui agit sur la passion, et le sujet auquel la qualité est inhérente¹⁶¹.

¹⁵⁹ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 112.

¹⁶⁰ Gilbert Boss, *Sympathie et causalité chez Hume* (Paris : Hermann, 2014), p. 112 : « Cependant, c'est dans les passions les plus complexes, telles que la fierté, que cette production du sujet sentant et pensant a lieu. Car dans ces passions, la cause du plaisir et l'objet de la passion se distinguent nettement. »

¹⁶¹ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 104.

La fierté de porter une blouse blanche, nous donne du plaisir à exercer notre métier et du plaisir donc, à soigner les autres. L'idée de cette considération associée à l'impression d'aider les autres à aller mieux, construit ce sentiment de fierté permettant à l'esprit de remplir complètement sa mission. Cette passion devient aidante et non nuisible. L'esprit marqué par les impressions, dans le cas des passions indirectes, crée des associations d'idées et des associations de sensations. Puis intervient un élément décisif que Hume nomme : « L'idée plus ou moins avantageuse que nous nous faisons de nous-mêmes »¹⁶². Le moi ne peut à la fois se sentir humilié et se remplir d'orgueil en même temps. Mais il faut trouver le *principe productif* de cette passion.

Toutefois cette succession de perceptions en connexion les unes aux autres, que nous appelons le moi, a beau être toujours l'objet de ces deux passions (l'orgueil et l'humilité), il est impossible qu'elle soit leur CAUSE ou qu'elle suffise à elle seule pour les susciter¹⁶³.

Hume démontre ainsi comment les passions s'organisent entre elles se répondent ou s'opposent en se renforçant ou s'affaiblissant. Nous regardons les passions présentes à un instant, pour les analyser et identifier celles adaptées à la situation, et pour évaluer leur intensité chez chaque protagoniste de l'échange. Hume explique pourquoi et comment nous réagissons selon nos habitudes de vie dans la société pour adapter ce flot d'émotions au quotidien. « Toutes les passions naissent par la sympathie et il en va même des passions ressenties lors du spectacle tragique »¹⁶⁴. Ainsi tout ce qui nous touche de plus ou moins près peut être source d'orgueil ou d'humilité. Chaque passion possède un aspect sombre

¹⁶² *Ibid.*, p. 102.

¹⁶³ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 102.

¹⁶⁴ Daniel Dumouchel, *Sympathie et passions : Hume et les paradoxes de la fiction* in *Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, Les discours de la sympathie, textes rassemblés et édités par Thierry Belleguic, Éric Van der Schueren et Sabrina Vervacke ; introduction et postface de Jean-Pierre Cléro ; Vol. 2 (Paris : Hermann, 2014), p. 138.

et un autre plus lumineux. Pour l'orgueil, par exemple, il est bon de se sentir fier de ce que nous accomplissons dans une journée, et, pour l'humilité, il n'est pas mauvais d'être un peu humble dans nos rapports avec les autres. *A contrario*, l'orgueil pouvant faire naître du mépris pour l'autre semble mauvais, et l'humilité peut être nuisible pour notre équilibre si elle est trop marquée. Philippe Svandra cite Hume en précisant que le partage des passions rend possible la communication par un « transfert d'affects »¹⁶⁵. Donc si les passions sont nécessaires à la relation soignant-soigné, comment doivent-elles se présenter pour être source d'action bienfaisante et favoriser le lien dans cette relation si particulière ?

Reprenons l'analogie avec le théâtre ; Hume, dans le tome I du *Traité de la nature humaine*, compare le *moi* à un théâtre. Selon lui, tout l'être est perpétuellement en mouvement, dû au flux incessant des sensations, comme sur une scène où les acteurs se déplacent en permanence, rentrent et sortent de scène. Nos cinq sens, notre esprit ne cessent de bouger, accueillent et rejettent toutes les perceptions du monde. Le moindre mouvement des yeux modifie la perception qui la rend aussitôt caduque pour accueillir la suivante dont la durée d'existence sera plus rapide qu'un éclair¹⁶⁶. L'esprit est marqué par l'afflux de toutes ces perceptions. Nous ne pouvons les éviter. Nous sommes dotés de cinq sens et quand nous rencontrons quelqu'un, nous le voyons, l'entendons, sentons son odeur, nous l'avons peut-être touché en lui serrant la main. Ces perceptions nous plaisent, nous déplaisent, nous laissent indifférente :

¹⁶⁵ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris: S. Arslan, 2009), p. 46.

¹⁶⁶ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien* (Paris : Gallimard, 2009), p. 46 :« La sensibilité,[...] est, ce me semble, cette disposition compagne de la faiblesse des organes, suite de la mobilité du diaphragme, de la vivacité de l'imagination, de la délicatesse des nerfs, qui incline à compatir, à frissonner, à admirer, à craindre, à se troubler, à pleurer, à s'évanouir, à secourir, à fuir, à crier, à perdre la raison, à exagérer, à mépriser, à dédaigner, à n'avoir aucune idée précise du vrai, du bon et du beau, à être injuste, à être fou. »

Le moi : une suite liée de perceptions qui déclenchent des séries de passions primaires et secondaires, qui utilise la raison pour exister et agir et servir de moteur à l'entendement, lui permette désir, délibération, décision et action¹⁶⁷.

Hume explique que le résultat des actions motivées par les passions sont qualifiées de bienveillantes ou nuisibles, approuvées par la morale ou pas. Les passions sont le fruit d'un désir ou d'une aversion, d'un bien ou d'un mal : « Nous dirigeons toujours notre amour ou notre haine vers quelque être sensible hors de nous »¹⁶⁸.

Qu'en est-il dans le secteur hospitalier ? Nous allons regarder quelles passions surgissent le plus souvent durant une journée à l'hôpital, puis nous nous pencherons sur leur mécanisme pour commencer à introduire le rôle que tiendrait le détachement dans ce faisceau d'émotions.

¹⁶⁷ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 380.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 164.

III.1.2 Les passions ressenties par le monde des soignants

Le soignant est exposé très souvent, à des situations d'urgence, des drames, physiques, psychiques et sociaux, et ces situations génèrent la survenue d'impressions, de sensations et d'idées aussi variées que pénibles. Nous connaissons, en général, la réponse professionnelle appropriée, mais que ressent l'esprit ? Comment se comporte-t-il ? Le professionnel de santé est lié à *l'objet-malade* par la mission inscrite dans le diplôme obtenu lors de ses études. Il a donc une première idée dans l'esprit, une représentation abstraite presque idéale de la personne qu'il va rencontrer. Parallèlement il ressent, quand il se trouve en face de lui, des impressions qui peuvent être plaisantes ou déplaisantes. Les perceptions reçues sont celles de tout un chacun au rythme des journées, mais s'en rajoutent d'autres plus spécifiques à cet environnement hospitalier. Ces professionnels de santé touchent à l'intimité d'un autre qu'eux-mêmes, à sa souffrance physique, intellectuelle, familiale, sociale, ontologique. Ces perceptions se changent en impressions perçues. La toute première impression ressentie dans le cas d'un soignant pour un soigné peut être de la peine. Nous pouvons toujours fermer les yeux, refuser d'entendre et de toucher, gommer nos perceptions pour ne ressentir aucune première impression : ce n'est pas possible pour un tel métier. Nous recevons toutes les perceptions et elles nous touchent toutes. Leur lien fait surgir une passion à l'origine d'un geste, d'une action adaptée ou non à la situation. Nous ne pouvons pas couper l'esprit des émotions, du système sensitif. Hume écrit que :

Dans ce phénomène, on peut remarquer l'association, tant des impressions que des idées, et l'assistance mutuelle que ces deux sortes d'associations se prêtent l'une à l'autre¹⁶⁹.

¹⁶⁹ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 110.

Ce que Hume observe est la potentialisation entre les perceptions et les idées, entraînant un renforcement de l'impression de beauté ou de laideur ou autre pour citer ces émotions. Si deux ou trois de nos cinq sens sont sollicités en même temps, le malaise ou le confort ressenti est majoré. Par exemple un patient très malade, très diminué qui en plus sent très mauvais et est très désagréable va accumuler des réactions peu amènes à son égard.

Ce que son état exhibe, [...], est tellement obscène (au sens étymologique) que ses congénères en interdisent l'expression comme pour en censurer l'existence¹⁷⁰.

L'extra-ordinaire souffrance du patient s'invite dans le tableau de la maladie sous toutes ses formes : physique, intellectuelle, psychique, sociale. Chacune de ces douleurs se potentialise entre elles et peut être à l'origine de terribles renoncements ou d'une profonde détresse. Plus rien n'a de valeur, la souffrance et l'angoisse peuvent submerger au-delà de tout. Dans le regard de l'autre, le patient peut percevoir qu'on lui nie sa dignité, son identité, et qu'on ne lui offre que de la pitié.

La pitié sera le chagrin que nous cause un malheur dont nous sommes témoins et capable de perdre ou d'affliger une personne qui ne mérite pas d'en être atteinte, lorsque nous présumons qu'il peut nous atteindre nous-mêmes, [...], et cela quand ce malheur paraît être près de nous¹⁷¹.

Le soignant reçoit toutes ces impressions de souffrance, de bruit, de contact fréquent avec la laideur. Il a l'impression de devoir faire face à toute cette charge mentale avec l'idée, aidée par l'imagination, que les patients comptent sur lui, qu'il faut appliquer les traitements et rester vigilant. Ces idées *se convertissent* en impressions pour faire naître

¹⁷⁰ Anne Fagot-Largeault, *Médecine et philosophie*, 1ère éd. Éthique et philosophie morale (Paris : PUF, 2010), p. 256.

¹⁷¹ Aristote, *Rhétorique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2004), Ch. VIII [1385 b].

une passion, comme l'orgueil, le courage de tenir vaillamment la *barre*, fier d'exécuter toutes ces tâches, ou la colère de se sentir seule ou l'humiliation de devoir demander de l'aide¹⁷².

L'amour et la haine n'ont pas seulement une cause qui les suscite, à savoir le plaisir et la peine, et un objet vers lequel ils s'orientent, soit une personne ou un être présent ; ils ont aussi une fin qu'ils efforcent d'atteindre¹⁷³.

En cherchant à comprendre comment les passions se forment tout en tenant compte de l'environnement professionnel, nous mettons tout en œuvre pour dégager une analyse soutenue et adaptée au monde de la santé. Nous savons maintenant que l'association des impressions et des idées engendre la passion. Si le service est calme, une impression paisible nous envahit avec l'idée que nous avons du temps pour soigner, pour aller voir et écouter chacun ; une passion comme l'orgueil sera moins intense car les actions sont alors moins spectaculaires.

Adam Smith a consacré plusieurs chapitres sur la sympathie et déroule une analyse tout à fait adaptée à notre sujet en résonance avec les écrits de Hume. Il explique que tous les hommes, même les plus mauvais sont animés de cette sorte de pitié, de compassion pour la misère de l'autre mais il ajoute : « la sympathie avec la peine ou la joie d'autrui, tant que nous n'en connaissons pas la cause, est toujours extrêmement imparfaite »¹⁷⁴.

¹⁷² Gilbert Boss, *Sympathie et causalité chez Hume*, (Paris : Hermann, 2014), p. 111 : « L'imagination construit la réalité physique en se contentant de composer les perceptions. Or comme le fait remarquer Hume à la suite de cette reconstruction, cette réalité physique comme telle n'a aucun spectateur qui puisse se distinguer de sa représentation. Ce sont les passions ou sentiments qui donnent l'accès dans l'expérience à cet autre monde auquel je me sens appartenir. Les passions gardent un ancrage corporel ; »

¹⁷³ David Hume, *Traité de la nature humaine*, éd. par Philippe Baranger, trad. par Philippe Saltel et Jean-Pierre Cléro, vol. Livre I (Paris: GF, 1991), p. 206.

¹⁷⁴ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 26.

Donc nous éprouvons un sentiment de sympathie assez spontané à la vue du malheur ou du bonheur de quelqu'un, mais nous pouvons être dégoûtée par l'aspect ou l'odeur répugnante d'un autre. Même si nous restons très attentive à ce que nous disons ou à ce que nous faisons, à ce que nos expressions peuvent trahir comme sentiment, sommes-nous sûre que rien ne transpire ? Avons-nous le droit d'éprouver de la sympathie pour l'un et non pour l'autre ? Sommes-nous aussi performante quand le patient nous touche dans nos affects ou quand il nous dégoûte ? N'ont-ils pas le droit tous les deux à la même attention, à la même qualité de prise en charge ? Quand un soignant éprouve une sympathie pour un patient, il lui est plus aisé de le soigner, de l'aborder mais plus difficile de lui annoncer une mauvaise nouvelle, par peur de lui faire de la peine. A l'inverse, quand on a un sentiment de rejet, il devient compliqué de rester serein et le ressenti éprouvé rend le soin lourd, comme une corvée. Nous avons tous éprouvé au cours d'une carrière de soignant, de la difficulté à pénétrer dans la chambre d'un patient particulièrement difficile de contact ou très abîmé. Aucune des deux attitudes n'est vraiment souhaitable, car elles déforment la relation ; c'est un peu comme si on tordait les rapports humains en aimant trop ou pas assez : « Notre joie lors de la délivrance du héros qui nous intéresse dans une tragédie ou un roman est aussi sincère que notre peine pour sa détresse »¹⁷⁵.

Éprouver de la peine n'est pas un mal face à quelqu'un qui souffre mais la manière de montrer nos sentiments est différente du théâtre. Nous pouvons laisser couler nos larmes quand le héros de la tragédie meurt, mais face au patient nous avons un devoir de réserve. Ce peut être aussi humiliant ou déplacé que le sentiment de dégoût. Si la morale approuve ce sentiment de tendresse, est-ce le lieu pour l'éprouver ? Toutes les formes de sympathie peuvent le soulager momentanément de sa douleur, mais est-ce cela qu'il attend de nous ? N'est-ce pas plutôt le rôle de sa famille et de ses amis. Quid de celui qui ne force pas le

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 26.

respect ? Peut-il bénéficier également de la sympathie des soignants ? Nous n'avons pas à juger de la manière dont il supporte ou non son état de malade ou de quel milieu social il est issu. Smith note que celui qui souffre est soulagé par la sympathie éprouvée par quelqu'un à son égard mais que trop de démonstration rend le public incapable de partager ce chagrin. « Quand nous entendons quelqu'un se lamenter bruyamment sur ses infortunes [...], nous sommes choqués par sa peine »¹⁷⁶. Quelqu'un de trop démonstratif à propos de son chagrin ne provoquerait que de l'agacement autour de lui ; à l'inverse une personne très discrète dans la même situation rassemblera les suffrages et provoquera de l'admiration pour ce que nous nommerons du courage face à l'adversité. Certains patients seraient plus dignes de notre sympathie que d'autres parce qu'ils supportent mieux leur pathologie et l'état dans lequel ils sont ! Impensable, nous n'avons aucun droit à porter le moindre jugement sur ces personnes. Notre ressenti ne concerne que notre sphère privée. Mais à l'hôpital nous sommes tous les jours exposée au chagrin de l'autre et le patient est tous les jours exposé à l'humeur des soignants. Tout au long de la journée nous ressentons de la joie avec certains, de la peine avec d'autres, de l'agacement avec d'autres encore. Ces sensations nous assaillent heure après heure, sont une cause de fatigue et d'épuisement et peuvent prendre des dimensions non adéquates dans un service hospitalier¹⁷⁷. Smith démontre que l'origine de la sympathie provient plus du constat de la situation dans laquelle se trouve cet individu que de la passion elle-même. Nous nous imaginons nous-mêmes dans cette situation et éprouvons une véritable honte par exemple, que l'autre ne ressent pas toujours. C'est l'exemple de celui qui rougit à la place de l'autre.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 35.

¹⁷⁷ Malik Bozzo-Rey, *La sympathie à l'épreuve de la théorie du droit benthamien* in *Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, éd. par Thierry Belleguic, Les discours de la sympathie, textes rassemblés et édités par Thierry Belleguic, Éric Van der Schueren et Sabrina Vervacke, introduction et postface de Jean-Pierre Cléro, Vol. 2 (Paris: Hermann, 2014), p. 162 : « Il est nécessaire de recourir au calcul dans les relations humaines car le processus de décision ne peut s'appuyer sur le sentiment de sympathie ».

« La sympathie ne naît pas tant de la vue de la passion que de celle de la situation qui l’excite [...] »¹⁷⁸. Pour ramener cet exemple à la relation entretenue à l’hôpital, le soignant serait plus affecté par l’état dans lequel se trouve le patient que par les passions qui l’habitent. Il peut en effet par exemple ressentir de la peine devant quelqu’un de très nécessaire car non seulement il est malade mais il vit dans une très grande misère alors que cette personne semble triste ou en colère de devoir rester à l’hôpital. Nous pensons à tort qu’il bénéficie de plus de confort et souffre moins à l’abri au chaud dans un lit propre. Et nous nous trompons : il souhaite retrouver la ville au plus vite. Nous tentons d’être au plus près du patient mais nous n’arrivons qu’à imaginer sa douleur : c’est ce qu’il nous semble que nous ressentons si nous étions dans ce lit. Mais nous ne sommes pas dans ce lit et c’est tant mieux. « Lorsque nous nous mettons à sa place, l’imagination fait naître cette passion dans notre cœur, alors que la réalité ne la fait pas naître dans le sien »¹⁷⁹. L’individu renvoie un sentiment de sympathie envers la personne qui l’affecte¹⁸⁰. Le rôle du patient va être de transformer un *je dois guérir* en un *je veux guérir*. Cette personne très éprouvée doit deviner que l’autre comprend ce qu’il traverse et il se sent moins seul. La sympathie est un sentiment partagé par tous et Smith explique que le terme de « sympathie [...], peut [...] être employé pour indiquer notre affinité avec toute passion, quelle qu’elle soit »¹⁸¹.

Nous pouvons montrer de la sympathie pour de la peine comme de la joie, du malheur comme du bonheur. Pour Smith, nous mobilisons notre imagination pour tenter de

¹⁷⁸ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 28.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 28.

¹⁸⁰ Gilbert Boss, *Sympathie et causalité chez Hume* (Paris : Hermann, 2014), pp. 116-117 : « Quand le corps d’un autre présente des mouvements ou des expressions, ou se trouve dans des situations similaires à ceux de mon propre corps lorsque j’éprouve certains sentiments, l’association causale me les fait imaginer dans cet autre que je me représente à mon image... Je ne crois pas simplement que la personne dont je perçois les sentiments les a bien réellement elle-même, alors que je ne ferais que me les représenter, [...] ».

¹⁸¹ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 27.

comprendre ce que nous éprouverions si nous étions dans la même détresse. Alors nous ressentons dans notre cœur une forme de douleur pour l'autre et notre chagrin devient presque aussi réel que celui du patient, un peu atténué car nous ne sommes pas véritablement malade. Nous retrouvons ici le système de la représentation décrit par les Stoïciens. « Par l'imagination nous nous plaçons dans sa situation »¹⁸².

Étudions de plus près certaines passions le plus souvent ressenties par les soignants.

¹⁸² *Ibid.*, p. 24.

III.1.2.1 Colère et tristesse, honte et fierté

On voit ainsi que, dans le concupiscible, il existe trois couples de passions : l'amour et la haine, le désir et l'aversion, la joie et la tristesse. Il y a aussi trois groupes dans l'irascible : l'espoir et le désespoir, la crainte et l'audace, enfin la colère, qui n'a pas de passion contraire. En tout, onze passions d'espèces différentes : six dans le concupiscible et cinq dans l'irascible. En dehors de ces onze, il n'y a pas d'autre passion de l'âme¹⁸³.

Dans ces quelques lignes, Thomas d'Aquin classe les passions, non d'après leur force ou leur légèreté comme Hume l'a fait après lui, mais comme des pulsions de l'âme, pulsion de désir, de tristesse mais aussi de joie, d'espoir, de crainte ou de colère. Si la mise en place d'une passion était intéressante à examiner de près chez Hume pour travailler ensuite sur le détachement, nous nous confrontons à des passions que nous qualifierions d'immédiates. Ces passions fonctionnent toujours par deux sauf la colère. Elles sont au nombre de onze et intéressent tout le monde hospitalier, amour et haine se répondent face à un patient trop ou pas assez courageux devant la maladie, désir de soigner et aversion pour trop de misère, joie de guérir, tristesse de voir partir un patient pour lequel nous n'avons rien pu faire. Et puis c'est l'espoir de soulager une grande souffrance et le désespoir de l'échec, la crainte de se tromper dans le diagnostic, mais l'audace de tenter un traitement un peu novateur et enfin la colère de passer par toutes ces phases de passions pour devoir tout arrêter pour des raisons de budget ou de non-adhésion du patient. Thomas d'Aquin décrit donc bien des passions adaptées aux professionnels de santé car ils exercent un métier qui les expose à de telles situations. Les passions qui les animent dépassent parfois ce qui pourrait être défini comme le cadre déontologique. Examinons certaines de ces passions dans le cadre hospitalier.

¹⁸³ Saint Thomas d'Aquin, « *Somme théologique, Prima secundae, Ia IIae* », les œuvres complètes de saint Thomas d'Aquin docteurangelique, 1865, <http://docteurangelique.free.fr/bibliotheque/sommes/2sommethéologique1a2a.htm>.

La tristesse et la colère

Prenons un exemple : un jeune homme très abîmé par la drogue et l'alcool, souffrant énormément, entre dans un service. Son état misérable provoque immédiatement en nous soit de la tristesse, parce que nous sommes heurtée par tant de déchéance et de douleurs, soit du rejet, du dégoût, de la colère même. Nous éprouvons immédiatement le désir de réparer, ou de l'aversion pour cet homme, même s'il sera également pris en charge. D'un côté, nous aurons l'espoir de le sortir de ce mauvais pas avec la crainte qu'il ne suive pas son traitement mais le courage de tenter le tout pour le tout parce qu'il est jeune. S'il s'améliore nous ressentirons de la joie sinon nous pouvons être très triste de comprendre que ce malade est dans un cercle vicieux et n'en sortira sans doute jamais. D'un autre côté, une immense colère peut prendre le dessus parce que si ce jeune homme a vécu une vie dissolue nous sommes révoltée par un sentiment de gâchis, ou par un sentiment d'injustice face à tant de malheur, de douleurs et de renoncement à toute forme de projets à un âge aussi peu avancé. « Le soin comme engagement contre l'injustice la plus radicale : la mort. La souffrance mais sans résignation¹⁸⁴ ». Nous absorbons toutes ces émotions sans même nous en rendre compte et ce tout au long d'une seule journée. Kant nommait la pitié. « On appelle la capacité d'avoir du plaisir ou de la peine en raison d'une représentation sentiment »¹⁸⁵. Les soignants sont épuisés par ce flux incessant de passions.

La théorie de Hume à ce propos, garde toute sa force : pour lui la pitié ou la tendresse sont le ciment de la vie sociale et nous en faisons la démonstration en nous impliquant dans l'histoire de la maladie de ce jeune homme. En l'accueillant, une idée surgit qui sera

¹⁸⁴ Albert Camus, *L'Homme révolté*, (Paris, Gallimard, 2013), p. 249.

¹⁸⁵ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 85.

à l'origine d'une passion, la tristesse, parce que la jeunesse de ce patient qualifie la passion qui impressionne notre esprit et l'associe à la colère. C'est le principe de cette double relation comme on le voit ici, qui s'applique parfaitement au monde hospitalier. Cet homme serait très vieux, nous serions émue par ses souffrances et tenterions de l'aider pour diminuer au moins ses douleurs physiques, mais pas révoltée, c'est-à-dire que nous serions socialement liée à lui. C'est *l'idée* de la jeunesse avec *l'association* de la pitié pour la maladie qui entraîne le *sentiment* de colère. Mais un soignant ne peut se mettre en colère quand il accueille un malade. Il faudrait pouvoir renverser, retourner cette colère pour la transformer en énergie positive. La méthode permettant, tout en accueillant les impressions et les idées dues aux perceptions, de ne pas créer de lien entre idées et impressions serait, dans l'exemple donné, de ne pas se laisser émouvoir par l'état et l'âge du patient. Ainsi nous construirons une attitude adéquate pour nous habituer à ce gâchis et à cette *laidéur* sans être encombrée, ni par la colère ni par le dégoût. Il est possible d'éviter de faire un lien immédiatement entre jeunesse et mort ou grande souffrance par exemple. L'habitude de voir des corps douloureux, abimés aide à se couper de la réalité et à soigner sans s'introduire dans trop d'intimité. Mais où est la bonne mesure ? En affrontant la réalité nous aidons le patient à la surmonter à son tour.

Si le lendemain nous retrouvons le même jeune homme, pansé, reposé, libre de toute souffrance, la joie et le soulagement de le voir ainsi vont s'associer avec le sentiment de fierté d'appartenir à la communauté des soignants. La fierté prend le pas sur la colère, fierté de soigner. Si la colère est une passion orpheline, la fierté est le pendant de la honte. Nous ne savons pas si ce malade a honte de son état mais s'il voit l'équipe soignante satisfaite de son amélioration, il peut souhaiter prolonger cette impression d'aller mieux et éprouver à son tour de la fierté de tenter d'en sortir. Les soignants ont la fierté de reconnaître qu'ils ont la capacité d'aider les malades à se sentir mieux. De son côté, le

patient peut être en capacité de ressentir du chagrin d'avoir quitté ceux qu'il aime pour un avenir sombre, de la colère envers ceux qui l'accueillent, car ils concrétisent ses angoisses. Mais il peut en même temps éprouver de l'amour comme une nostalgie pour sa famille, qui lui a exprimé toute son affection, de la joie de savoir que l'on va enfin s'occuper de lui ou de la fierté d'avoir eu le courage de franchir les portes d'un hôpital.

La colère ressentie par un soignant confronté à un enfant condamné par la maladie, semble adaptée à la situation, mais ne résout rien. Elle donne l'impulsion pour décider d'agir mais comment ? Pour reprendre l'exemple du jeune homme, nous pouvons avoir envie de réparer ce qui nous semble une injustice en tentant de s'immiscer dans sa vie, « pour son bien », pour éviter qu'il ne rechute à sa sortie. Un lien entre nos émotions et nos idées nous a masqué le champ des possibles, la réalité et le jugement porté étaient mal posés : l'entendement a pris la mauvaise décision. « C'est qu'être sensible est une chose, et sentir est une autre »¹⁸⁶. Si la colère pousse l'esprit à commettre des actions déplacées, cette colère est déplacée. Dans ce cas, le soignant a agi en tant que personne civile impliquée de façon privée, et non plus comme professionnel attaché à des devoirs. Cette colère est à analyser de très près par le soignant. Il doit reprendre le cours des faits et pointer où et pourquoi il s'est emporté. Des temps de parole sont organisés pour les professionnels dans les services quand une situation déstabilise profondément une équipe. Ce travail se situe dans une démarche éthique au sein d'un service de soins, moment d'éthique qui ouvre une porte vers la prise de conscience d'une *bonne distance*, en autorisant une libre prise de parole sans patient comme témoin ; c'est un moment pendant lequel chacun apporte son ressenti, sa morale, sa culture, son sens du devoir ; les avis se croisent, se heurtent, s'affrontent et se renforcent. Il faut garder à l'esprit, qu'il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises passions, mais qu'elles occasionnent de bonnes ou de mauvaises actions

¹⁸⁶ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 72.

évaluées et sanctionnées par le code professionnel, la déontologie, la morale, l'éthique. La représentation que le malade cultive à propos de *la blouse blanche* peut faire basculer cette personne dans un ressenti d'immense admiration ou de colère forte. Aucune de ces deux passions ne sont souhaitables évidemment, mais elles existeront sans doute, et le soignant a le devoir de travailler pour retourner ces forces redoutables en une énergie constructive pour le devenir de leur relation le temps du séjour à l'hôpital.

L'espoir et la crainte

Après la tristesse et la colère examinons deux passions très présentes à l'hôpital : l'espoir et la crainte. Elles nous accompagnent quotidiennement tout au long de la vie ; ce sont des passions violentes directes, pour Hume, en opposition aux passions indirectes. Elles gardent un lien avec le bien ou le mal. La crainte provoque de la souffrance, l'espoir du plaisir. La passion de la crainte par exemple peut être ressentie par le malade à l'idée d'un prochain séjour à l'hôpital. Il ressent de la peur à l'idée de sa prochaine hospitalisation. En arrivant à l'hôpital il est confronté à l'étrangeté du lieu ce qui confirme ses craintes et sa vulnérabilité. Il ne connaît pas cet endroit, donc il absorbe, les odeurs, les lumières, les sons qu'il ne peut catégoriser, car il n'évolue plus dans un milieu familial, il n'a aucun repère. Les bruits, les mots employés, les pièces et salles d'examens sont étranges, même le mobilier est curieux, différent ; les odeurs évoquent le soin, le médicament, les antiseptiques, même l'odeur du café est différente de chez lui. Il devra pourtant s'installer, s'habituer à ce service et aux personnes qui y vivent. L'arrivée dans le service clinique le propulse tout à coup dans la réalité de la maladie. Jusqu'alors, il vivait dans l'imaginaire et la représentation de son hospitalisation.

Simplement là où l'entendement démontre, que ce soit par confrontation d'idées ou par évaluation de probabilités, l'imagination ne s'encombre pas de démonstration¹⁸⁷.

Ainsi il pouvait à la fois embellir ce séjour ou le noircir. Cette représentation va être confrontée à la réalité. Les émotions prennent le dessus ; passions violentes comme la haine d'être là ; la peur de mourir ou l'espoir de guérir enfin ; la joie de constater que l'accueil est très sympathique, qu'il se sent accompagné, entendu et compris. Mais en tout état de cause il n'est pas, à ce moment précis, rempli de sensations douces ou calmes, ou si elles existent elles sont dissimulées à son esprit par la violence des autres émotions. L'espoir et la crainte peuvent créer des moments très forts d'euphorie pour un trop grand espoir ou de terreur et de désespoir. Au début, le patient est confronté à des possibles et à des statistiques sur sa guérison éventuelle. Il y a une forme d'excitation à ce que tout commence, un espoir que tout redevienne comme avant, puis le temps passe ; le patient doit rester *patient*, toujours, attendre demain toujours, les résultats des examens, l'effet d'un traitement qui n'agit qu'au bout de quarante-huit heures. L'espoir se change en crainte. Après l'acmé, un instant où tout se joue, l'histoire bascule d'un côté vers un dénouement confirmant l'espoir ou la crainte. Le mécanisme, d'après Hume, est toujours le même. Une double association s'établit entre son *moi*, sa pathologie et son corps qui la subit, et l'espoir démesuré que la sortie est très proche par exemple. Seul dans son lit, le patient a du temps pour échafauder un ou des scénarii, qui, coupés de la réalité, vont se révéler n'être que *des châteaux en Espagne*. Les Stoïciens distinguent deux formes de représentations :

¹⁸⁷ Jean-Pierre Cléro, *Hume: une philosophie des contradictions*, (Paris : Vrin, 1998), p. 67.

Représentation compréhensive adéquate et objective qui correspond à la réalité contre la représentation subjective qui entraîne un jugement de valeur qui déforme la réalité¹⁸⁸.

De même, la crainte engendre des dégâts terribles dus aux angoisses et aux terreurs qui, non repérées à temps, vont se révéler extrêmement délétères pour le patient. La relation avec le soignant devrait permettre à ce patient de narrer ses angoisses pour y faire face. Alors au-delà de la passion, la raison déterminera le bien-fondé de rentrer à l'hôpital malgré la peur, et l'entendement décidera d'agir.

La honte et la fierté

Si le soignant soigne une célébrité, il éprouve de la fierté d'approcher une telle personne. Elle est couchée dans un lit de son secteur et sa célébrité rejaillit un peu sur lui. La fierté est saine quand une personne exerce bien son métier et s'y sent à sa place. Cette fierté peut représenter un moteur pour effectuer certaines tâches difficiles. Mais elle peut se muer en orgueil et devenir de l'arrogance si ce sentiment de savoir améliorer la santé des autres, se transforme en impression de *superpuissance*. Nous ne parlons pas de faire taire une passion ou de tenter de la dominer. Nous faisons le constat qu'elle s'invite sur la scène et que nous, soignants, nous la ressentons dans notre corps, et souvent de façon inconsciente ce qui est une difficulté supplémentaire. C'est la raison pour laquelle nous pensons parfois agir *bien* et réalisons quelque temps après la maladresse de cette action.

Par contre, la vue d'un patient très abîmé physiquement, peu communicant et n'exerçant pas une profession captivante, peut entraîner la naissance d'un sentiment de honte pouvant aller jusqu'à un rejet. Il peut se sentir affecté de devoir soigner des personnes très marginales. Lors de l'accueil des patients, il n'est pas rare d'entendre une petite phrase qui ressemblerait à : « C'est toujours sur moi que ça tombe ! ». Certains patients trouvent une

¹⁸⁸ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [1-6], p. 49.

parade en faisant semblant, en se donnant l'air de, ou *en rajoutant*. Le but de ces comportements un peu artificiels, est de nier la maladie ou de se faire remarquer par l'équipe pour récolter plus d'attention, ou se faire plaindre un peu plus, mais surtout de se composer un personnage pour s'exposer un peu moins ou pour qu'on s'occupe de lui. Si un soignant renvoie une image de lui très positive, ouverte, accueillante, affable, le patient peut ressentir du plaisir à être accueilli par cette personne mais aussi de la honte parce qu'il ne se sent pas à la hauteur de l'image que renvoie le soignant. Il est fatigué, il a mauvaise mine, il a mal, il a peur en face de ce soignant superbe et de ce lieu qui lui est totalement étranger. La cause de la honte est l'image qu'il croit renvoyer aux autres du fait de sa pathologie responsable de sa souffrance physique et psychique ; en même temps, l'objet de la peur est lui-même, car il s'agit bien de sa personne. Si un médecin annonce à un individu qu'il a un cancer, toute sa vie bascule. Le malade doit être courageux pour se soigner et tenter de guérir, ce courage entraînera de la fierté d'avoir réussi si tout se passe bien, mais c'est le désespoir qui guette si rien ne s'améliore. Ceci montre que ce faisceau d'idées et d'impressions est difficilement qualifiable de mauvais ou nuisible. Le patient courageux devant un diagnostic difficile à entendre n'a pas vraiment le choix sauf à se laisser aller. Tout l'esprit va se structurer au cours du temps, et va continuer à accueillir de nouvelles idées et sensations ; ces stimuli sont à l'origine d'énergie pour aider à décider d'une action. Le malade ne peut pas être fier d'être à l'hôpital, ni de ce soignant, même s'il est associé à lui, parce que l'*objet* de la passion est lui-même et la *cause* est la maladie avec son cortège de souffrances, d'enlaidissement et d'angoisse. L'hôpital et l'équipe soignante ne représentent, au début du moins, qu'un outil pour aller mieux. Les circonstances dans lesquelles se rencontrent, travaillent, vivent les personnes à l'hôpital changent totalement les impressions et donc les idées de chacun. Les passions les plus probablement ressenties, doivent ressembler à de la crainte et de l'humilité, face

à un soignant fier de porter la blouse blanche. Lui, le patient, revêt un pyjama, ce qui n'est pas un vêtement élégant. Personne n'a beaucoup d'allure en tenue de nuit. C'est un habit réservé aux intimes, et pourtant à ce moment-là, le patient est exposé aux yeux de tous dans cet accoutrement. Il ne joue pas un rôle, il joue sa vie. Il est perdu et un peu anxieux. Quand il revêt l'habit de *malade*, il ressent souvent de la honte. Il n'est pas acteur, il est lui, simple agent et rien ne le protège contre ce monde étrange. La crainte et la vulnérabilité, dues à la peur et à l'incertitude de sa situation, rendent le malade perméable à toutes les sensations reçues par son corps. Il ne se compose pas un personnage, il est lui, dans tout son être à la fois physique, moral, social et intellectuel sans fard et sans artifice. Nous sommes loin de l'acteur décrit par Diderot qui joue à être malade mais le joue tellement bien que toute la salle le croit vraiment malade. Pour les Stoïciens, chacun reçoit un rôle à sa naissance, et il est de son devoir de l'interpréter le mieux qu'il peut. Il doit y mettre toute son énergie. Quand un acteur joue un roi ou un mendiant, il n'est pas plus fier d'enfiler l'habit de l'un ou de l'autre. Le rôle de mendiant peut être beaucoup plus intéressant à interpréter. Épictète confie ce conseil à un disciple pour l'exhorter à chercher tout au long de sa vie, à vivre sa vie avec talent. « Il faut jouer ce rôle du mieux possible, mais sans s'attacher au rôle comme s'il nous appartenait en propre : il nous a été imposé »¹⁸⁹. Il est question de jouer le rôle de sa vie, mais l'exécuter brillamment, en est une autre. Il nous semble difficile de demander au patient de jouer le rôle de malade le « mieux possible », car il ne peut rien composer, ses sensations l'habitent complètement. Il porte avec lui toutes ces représentations responsables d'émotions très violentes. Épictète parle « d'être malheureux avant le malheur »¹⁹⁰ Il est dans un état ressemblant à un kaléidoscope de passions qui se percutent, se répondent, s'affrontent,

¹⁸⁹ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [17-18], p. 87.

¹⁹⁰ *Ibid.*, [1,5], p. 53.

s'affaiblissent ou se potentialisent les unes, les autres. Surement il est malheureux avant même de savoir ce qu'il va lui arriver. Il ne peut rien construire, il est envahi par l'idée qu'il se fait de son séjour à l'hôpital même si Épictète précise : « L'image de la maladie n'est pas la maladie »¹⁹¹. Par contre le soignant en commençant par endosser le costume du soignant se construit tout de suite une posture. Il génère toutes sortes de phantasmes allant de l'admiration la plus aveugle jusqu'à une terrible méfiance.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 54.

III.1.2.2 Analyse des passions dans la relation de soin

[...] L'âme de ce philanthrope (soit) assombrie par un de ces chagrins personnels qui étouffent toute notre sympathie pour le sort d'autrui¹⁹².

Kant explique que notre propre chagrin étouffe la sympathie pour les autres. Alors il sépare l'intelligible du sensible en montrant que la raison, qu'il appelle pure, s'appuie sur la science pour prendre une décision. En même temps, la raison qu'il nomme aussi pratique, porte un jugement en s'appuyant sur la philosophie ; il s'établit alors une dialectique entre l'intelligible et le sensible. C'est ainsi qu'un équilibre peut se construire entre tous les sentiments et toute raison froide.

L'homme soumis à des lois de la nature comme homme sensible et soumis à des lois fondées sur la raison comme homme appartenant à un monde sensible¹⁹³.

Les émotions sont nuancées par la raison parce qu'il y a un lien entre le sensible et l'intelligible. Ce lien donne la force à l'homme de se servir de sa raison pure pour décider rationnellement d'une action mais en s'autorisant les émotions adaptées par le biais de la raison pratique. Pour Kant ces deux mondes opposés sont présents chez chaque homme, et seraient liés par la connaissance. Partant du sensible, elle atteint la raison pure, pour nous permettre d'élaborer un jugement moral : « Il fait le bien non par inclination, mais par devoir »¹⁹⁴ ; sensible et entendement sont alors réunis et dépendants l'un de l'autre. La raison les rassemble. Alors faut-il utiliser compassion, sollicitude, empathie ou sympathie

¹⁹² Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 64.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 136.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 24.

et nous attacher au patient ? A. Smith écrit ? : « Nous sommes blessés de découvrir que nous sommes incapables de partager son malaise »¹⁹⁵.

Nous rencontrons des cas qui nous paraissent tellement *injustes* pour nous, comme une maladie incurable chez un tout petit, que nous avons besoin de toute notre intelligence pour garder *les pieds sur terre*. La première passion présente est souvent la colère et après ? Il faut dépasser cette émotion pour nous mais surtout pour lui. Quand on parle de se mettre à la place du patient pour comprendre sa souffrance il y a, peut-être, une confusion entre l'empathie et la contagion de sentiments. Nous ne devons pas faire ce travail d'imagination pour *nous mettre à sa place* mais nous pouvons travailler à éprouver une empathie adaptée à chacun pour que le patient se sente unique. Le travail de l'acteur consiste à se mettre dans la peau de son personnage et non à sa place. Le soignant endosse totalement le rôle de soignant pour être en mesure de dialoguer et de comprendre le patient. Si nous voulons nous mettre à la place du patient pour mieux le comprendre nous ratons notre rôle de soignant, ne pouvant être dans deux lieux à la fois. Si nous manifestons des souhaits d'amélioration pour les patients dont nous avons la charge, eux ne nous souhaitent rien. Ils restent en général repliés sur eux-mêmes et leur maladie, ils sont couchés dans ce lit pour être soignés. Nous ne voyons pas pourquoi ils ressentiraient de la sympathie pour nous. La relation est asymétrique et les patients ne seront jamais un ami pour nous, encore moins quand il s'agit d'un un enfant très malade. « La bienveillance doit être réciproque pour faire une amitié »¹⁹⁶.

Un autre philosophe aborde le sujet de la pitié au sens générique du terme d'une tout autre façon : Nietzsche écrit : « Or nous ne nous délivrons que de cette souffrance personnelle,

¹⁹⁵ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 35.

¹⁹⁶ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, trad. par Richard Bodéüs (Paris : Flammarion, 2007), Ch. VIII [1155 b 21 – 1156 a 1]

en nous livrant à des actes de compassion »¹⁹⁷. Cette phrase exprime le fait que lorsque nous croyons être en empathie avec quelqu'un, nous voulons lui faire du bien. Or très souvent l'objectif caché est de se débarrasser de ce malaise provoqué par la douleur de l'autre pour pouvoir secrètement se réjouir de ne pas être à sa place. Bref, nous mettons notre conscience en paix. Jean-Jacques Rousseau écrit comme troisième maxime dans *Émile*, « la pitié qu'on a du mal d'autrui ne se mesure pas sur la quantité qu'on a de ce mal, mais sur le sentiment qu'on prête à ceux qui le souffrent »¹⁹⁸, et il ajoute : « pour plaindre le mal d'autrui..., il ne faut pas le sentir »¹⁹⁹. Pour Rousseau, l'homme à l'état de nature éprouve spontanément de la pitié pour l'autre homme qui souffre. Pour être sincèrement ému, ajoute-t-il, et sans doute être en capacité d'aider, il faut se garder de ressentir une douleur²⁰⁰. Ainsi nous restons neutre et pouvons décider d'une action en toute possession de nos moyens. Par exemple, quand, dans la rue, nous assistons à un accident, il y a ceux qui crient, pleurent et se désespèrent de ce qui arrive à ces personnes et ceux qui téléphonent pour appeler les secours. Les uns sont perdus dans trop d'émotions, les autres parviennent à garder la bonne distance et être efficaces. Il n'y a pas de notion de bienveillance ni de malveillance, simplement une stratégie pour atteindre un but. Malik Bozzo-Rey cite Bentham dans son texte :

La sympathie ne peut en aucun cas servir de fondement au jugement moral, en particulier parce qu'elle fait passer des sentiments individuels pour des sentiments universels, ce qu'évite le recours à l'utilité²⁰¹.

¹⁹⁷ Friedrich Nietzsche, *Aurore*, trad. Éric Blondel (Paris: Flammarion, 2012), LII, §133.

¹⁹⁸ Jean-Jacques Rousseau, *Émile, ou, De l'éducation*, (Paris : Flammarion 2009), Livre IV, p. 324.

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 330.

²⁰⁰ Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers* N° 89, n° 2 (2007): 15, <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0015>, p. 18, « Le sentiment de compassion qui m'envahit et me porte vers l'autre qui souffre ne serait pas un produit de l'éducation mais un mouvement de la Nature. ».

²⁰¹ Malik Bozzo-Rey, *La sympathie à l'épreuve de la théorie du droit benthamien*, (Paris : Hermann, 2014), p. 164.

Il y a l'idée, dans ces lignes, d'éviter de s'appuyer sur la sympathie pour prendre des décisions parce que nous serions trompée sur la nature des sentiments qui nous animent à cet instant²⁰². Nous verrons un peu plus loin comment Hare traite le souci de prendre une décision dans des situations tendues. Adam Smith toujours à propos de la sympathie écrit :

Parce que nous n'avons pas une expérience immédiate de ce que les autres hommes sentent, nous ne pouvons former une idée de la manière dont ils sont affectés [...] ²⁰³.

Il explique que ce que vivent les autres à côté de nous, ne relève pas de notre expérience. En conséquence, il n'est pas possible d'élaborer la moindre idée sur ce qu'ils ressentent. Pour reprendre l'exemple de l'accident, nous voyons des gens blessés, du sang partout, nous imaginons qu'ils ont mal, qu'il y a des gens peut-être sans vie, mais au fond nous ne voyons ni ne savons rien. Une arcade sourcilière saigne énormément mais une hémorragie interne ne se voit pas du tout et pourtant on peut mourir de l'une, jamais de l'autre. Les émotions sont toujours en-deçà de celui qui souffre et même à côté. La souffrance de l'autre est vécue par l'un à travers un filtre qui est celui de ses propres émotions.

Je juge de votre vue par ma vue, de votre ouïe par mon ouïe, de votre raison par ma raison, de votre ressentiment par mon ressentiment, de votre amour par mon amour²⁰⁴.

²⁰² Dino Buzzati, *Le désert des Tartares*, trad. par Michel Arnaud, Pocket (Paris : Robert Laffont, 2014), p. 223. « Drogo s'aperçut à quel point les hommes restent toujours séparés l'un de l'autre, malgré l'affection qu'ils peuvent se porter ; il s'aperçut que, si quelqu'un souffre, sa douleur lui appartient en propre, nul ne peut l'en décharger si légèrement que ce soit ; il s'aperçut que, si quelqu'un souffre, autrui ne souffre pas pour cela, même si son amour est grand, et c'est cela qui fait la solitude de la vie. ».

²⁰³ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 24.

²⁰⁴ *Ibid.*, p. 41.

Adam Smith parle de maîtrise de soi comme :

Degré de convenance, celle du comportement dans le plus profond chagrin. Pitié et compassion sont des mots appropriés pour désigner notre affinité avec le chagrin d'autrui²⁰⁵.

Il parle de convenance et de réaction adéquate face à une situation. Les passions doivent être érigées en rempart contre la fatigue, le dégoût, l'énervement comme l'acteur qui mobilise les sentiments de son personnage mais non les siens. Ainsi elles seront utilisées pour construire un jeu relationnel empathique et ne seront en rien responsables de la lassitude du soignant.

Comment mettre l'empathie en scène ? Ce sentiment est souvent spontané et est une forme d'humanité. L'empathie serait cette faculté que le soignant développe pour se positionner de manière adaptée face à une situation donnée, attitude différente de celle communément adoptée dans la vie courante. Cette capacité protège le soignant de trop de fatigue mais aussi le malade. En effet, celui-ci est pris en charge par une personne avenante, professionnelle, consciente de ses limites mais de ses compétences également. Mais trop d'empathie ou une empathie mal ciblée peut créer des situations injustes parce que nous avons été plus bouleversée par un enfant malade que par un adulte par exemple²⁰⁶. Le patient sent s'il peut développer un lien de confiance avec celui qui le

²⁰⁵ *Ibid.*, p, 27.

²⁰⁶ Paul Bloom, *Against Empathy : The Case for Rational Compassion* (London : Vintage, 2018), p. 30 : « L'empathie peut accompagner de bonnes actions. Mais elle peut aussi conduire aux pires exactions. Par exemple, l'empathie pour les victimes d'une atrocité peut conduire à en commettre d'autres à l'encontre de ses supposés responsables. ». Propos traduits et rapportés par Thomas Lepeltier, *Sciences Humaines* N°293, juin 2017.

soigne et sera compatissant face à un infirmier épuisé, mais le lien de confiance peut être plus fragile.

Quand nous tentons de comprendre pourquoi tout à coup nous ressentons une violente colère, la raison peut aider à analyser le flux des impressions et des idées et surtout la qualité de l'empreinte qu'elles laissent sur l'esprit.

Je ne me contente pas de me représenter la passion de l'autre mais [que] je la vive effectivement, [...], les passions me constituent et sont les principes de mes actions. Je me réjouis ou je souffre avec lui²⁰⁷.

C'est un premier pas vers le fait d'avoir prise sur les passions. Quand l'oreille, la vue, le toucher sont saturés de sensations difficiles et pénibles, que des idées sombres sur la maladie, la mort, la souffrance s'associent à ces sensations, la colère par exemple, est une soupape pour tenir debout. Le soignant, de plus, a l'habitude de ce rythme, de ces passions qui le traversent. Mais par moment le flux est trop conséquent, le soignant agit trop vite, il garde les yeux trop près de la tâche à accomplir, la raison envoie trop de stimuli à l'esprit. Que peut faire le professionnel de santé ? Si nous reprenons le système des passions de Hume, nous avons vu que les passions primitives développent des actions spontanées : j'ai faim, je mange. La difficulté pour approfondir le remue-ménage occasionné par le surgissement d'une passion violente dépend des circonstances et du caractère de chaque homme. Si nous percevons tout notre environnement par nos cinq sens, nous les accueillons chacun à travers notre caractère, notre éducation, les circonstances de l'instant présent. Ainsi un soignant abordera un patient de façon différente au long de la journée, selon son degré de fatigue, ses soucis et sa joie à soigner, ou l'état apparent du même patient, car il rencontre chaque malade, lui-même changeant

²⁰⁷ Gilbert Boss, *Sympathie et causalité chez Hume* (Paris : Hermann, 2014), p. 114.

selon qu'il est épuisé ou pas, optimiste ou non et cela dans toutes les chambres du service. Les passions comme l'humilité, l'orgueil, l'amour et la haine sont des passions qui intéressent autrui et *moi*.

Toute passion se caractérise par un sujet, par un objet ; parfois, le sujet et l'objet coïncident, comme dans le cas de l'orgueil, qui est le sentiment de soi ; elle a une cause et, dans cette cause, il faut distinguer les qualités qui la déclenchent particulièrement : il arrive enfin que cette passion poursuive une fin pratique : ainsi l'amour est-il ordinairement lié à la poursuite du bonheur²⁰⁸.

Des passions plus complexes obligent à une analyse des données par la raison pour mobiliser l'entendement et décider d'une action. Nous sentons bien qu'il y a à cet endroit un nécessaire besoin de prendre du temps et de l'espace pour évaluer la prise de risque dans la décision de l'action. Alors le soignant conscient de son ressenti mais recentré sur l'objet du soin conjuguera empathie et action²⁰⁹. En outre, à chaque seconde, le soignant absorbe une impression agréable ou pénible qui, si elle n'est pas alimentée par une impression plus violente, laissera un sentiment de bonne humeur.

Alors voyons comment la raison intervient dans ce processus compliqué.

²⁰⁸ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 24.

²⁰⁹ Gilbert Boss, *Sympathie et causalité chez Hume* (Paris : Hermann, 2014), p. 112 : « Ce caractère dynamique des passions, inscrit dans leur origine, en fait les principes de l'action, dans le sens que ce terme prend en référence aux acteurs animés. Et cette action est celle d'un corps dans le monde physique, ce qui montre encore une fois que l'esprit n'est rien d'indépendant du corps particulier. »

III.1.3 Raison et passions

III.1.3.1 Exemple de résilience chez un patient

Il existe des moments très difficiles pendant lesquels la compassion, l'écoute ou la bienveillance du soignant provoquent exactement l'effet contraire de ce que celui-ci serait en droit d'attendre : il agit dans les règles de l'art, respecte le patient, est très attentif, le soulage au mieux et pourtant, un jour il est rejeté ; ce peut même être assez violent. Que se passe-t-il ? Pourquoi le lien ne se tisse-t-il pas ? Dans beaucoup de cas, la souffrance, sous toutes ses formes, isole le patient et peut être responsable en partie d'un échec dans la communication. Atteint d'un cancer, par exemple, le malade souffre physiquement, ce qui le fait se replier sur cette douleur en souhaitant qu'elle s'apaise mais également s'inquiète pour le proche avenir. Chaque jour lui apporte sa dose d'espoir et de crainte devant les résultats des analyses et le pronostic du praticien. Il est seul avec son ressenti et tout son être cultive la cause, la maladie et la souffrance qui sont associées avec l'objet, lui-même ; ce mouvement circulaire le mène à refuser cette place de malade. « La souffrance dépourvue de sens a au plus profond quelque chose de révoltant »²¹⁰. Il tourne en boucle entre sujet, cause et objet sans parvenir à rompre cette rumination. La morale et la loi lui interdisent d'être violent. Nous, soignants, ne pouvons pas gommer la maladie mais nous pouvons tenter de *rejoindre* cet homme, *l'appeler*, lui offrir un espace et un temps hors du soin. Mais tenter de retirer à cet homme-malade son angoisse de vivre, ce serait comme le priver de l'essence et du sens même de sa vie. En lui supprimant tout ce qui le gêne, nous le privons d'émotions, donc d'un possible désir ou plaisir.

²¹⁰ Arthur Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation I. I.*, trad. par Christian Sommer, Vincent Stanek, et Marianne Dautrey, Folio essais 522 (Paris : Gallimard, 2009), Livre IV, §68.

Quand le malade accepte sa maladie, il accepte d'être couché dans un lit d'hôpital, il change de paradigme. D'homme révolté, en colère contre la maladie et tous les bien-portants, il devient un homme vulnérable, certes, mais qui admet être malade et met tout en œuvre pour aller mieux. Il fait un pas vers l'équipe : il « dit » qu'il reconnaît qu'il est le malade et que les autres sont les soignants. L'équipe doit guetter cet instant pour s'adresser à lui comme à un citoyen, un adulte responsable de ses actes ; sa honte, sa haine peuvent être affaiblies par un nouveau sentiment : celui d'avoir été reconnu comme homme avant le malade :

Si ce que nous appelons mal et tourment n'est ni mal ni tourment de soi, ainsi (n'en disposons-nous) seulement que notre fantaisie lui donne cette qualité, il est en nous de la changer²¹¹.

Cette phrase de Montaigne est illustrée par le terme employé par Épictète : la *prohairesis* ou liberté du choix de vie que nous lui offrons à cet instant. Alors la passion de l'orgueil peut émerger, fier d'avoir provoqué cet incident, il peut être *malade*. Colère, honte et haine ne sont sûrement pas très loin mais l'esprit a décidé qu'il valait mieux essayer de guérir, puisque qu'il est un homme en vie, il y a un espoir. Quand l'avenir s'éclaire et que sa sortie est envisagée, sa joie sera d'autant plus grande et méritée, que nous l'aurons laissé, tout en l'accompagnant, assumer son angoisse. « La souffrance est essentielle à la vie tout entière »²¹². Schopenhauer exprime l'idée que la vie et la souffrance vont de pair ; il parle de souffrances physique et psychologique parce que tout « souhait naît d'une souffrance »¹⁶⁶. Nous voyons dans cet exemple, comment, malgré la très grande vulnérabilité d'une personne, celle-ci peut dépasser cette fragilité pour la retourner en

²¹¹ Michel Eyquem de Montaigne, *Essais: édition présentée, établie et annotée par Pierre Michel*, éd. par Pierre Michel, vol. 1, 3 vol., Le livre de poche 1393 (Paris : Livre de Poche, 1972), Chapitre XIV, p. 87.

²¹² Arthur Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation* (Paris : Gallimard, 2009) Livre IV, §67, p. 695.

force. Elle accepte finalement le rôle de *malade*. Elle change de costume aussi et se positionne en patient, celui qui souffre. Le même système de passions agit chez lui comme chez le soignant. Ce malade est avant tout un homme et a peur pour lui, peur renforcée par la part d'inconnu donc d'imaginaire. Un jour, il connaît la fin de son histoire. L'équipe ressent de la fierté d'avoir guéri un cas difficile, un peu de tristesse de voir partir ce patient. Elle éprouve une très grande compassion si le patient meurt, pour une famille très touchée par le chagrin et qui sait rester digne. Adam Smith parle dans sa *Théorie des sentiments moraux*, du sentiment de sympathie que nous ressentons devant une telle situation et que nous n'éprouverons pas du tout dans les mêmes circonstances que celles vécues par une famille plaignante et exigeante : « Nous sommes toujours plus enclins à pleurer et verser des larmes pour ceux qui, de cette manière, semblent ne rien sentir pour eux-mêmes, que pour ceux qui donnent cours à toute la faiblesse de leur chagrin »²¹³.

Ainsi nous comprenons mieux l'enchevêtrement des passions et le rôle joué par la raison, nous proposons de nous rapprocher et d'étudier au plus près certaines passions particulièrement présentes dans le contexte hospitalier.

²¹³ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 89.

III.1.3.2 Le mécanisme de la raison à travers les passions étudiées par Hume

La raison ne peut jamais, à elle seule, ni produire une action, ni susciter une volition, [...]n'est pas davantage capable d'empêcher une volition ou de disputer la préférence à une passion ou à une émotion²¹⁴.

Le surgissement d'une passion violente peut poser problème, car nous avons tendance à croire, en tant qu'individu rationnel, que nous pouvons dominer ces passions en étant raisonnable. Mais Hume propose une tout autre approche de la raison : l'homme ayant une tendance naturelle à préférer le plaisir à la souffrance, la raison indique à l'entendement si cette passion violente va procurer du bien-être ou de la peine. Elle montre les causes et les effets engendrés par cette passion, processus complété par l'expérience de l'entendement pour créer une relation avec la raison. C'est la perspective de cette connexion qui évalue le plaisir ou la peine à venir : « La raison n'est rien d'autre que la découverte de cette connexion »²¹⁵. La raison est donc l'outil indispensable pour évaluer le malaise ou le plaisir et surtout « (et) en fonction de la variation de notre raisonnement, nos actions varient subséquemment »²¹⁶.

Si la raison indique la connexion entre objet et cause, elle n'impulse pas vers un agir. Elle n'existe qu'à travers les passions, elle est à leur service. « La raison est et ne doit qu'être l'esclave des passions ; elle ne peut jamais prétendre remplir un autre office que celui de les servir et de leur obéir »²¹⁷. Elle ne fait que le constat de ces émotions. Seul l'esprit, par le travail qu'il organise entre idées et impressions, peut agir sur celles-ci. La raison n'a pas la volonté ni le pouvoir d'agir sur les passions. Elle est comme une chambre

²¹⁴ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 262.

²¹⁵ *Ibid.*, p. 262.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 262.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 263.

d'enregistrement. L'esprit intervient et peut devenir acteur : il trace ce lien entre impressions et idées, lien qui excite une passion ou l'affaiblit. Elles ne deviennent actives que lorsque les impressions et les idées sont reliées. Donc nous ne chercherons pas à devenir *raisonnable* mais à réfléchir sur ce lien entre les idées et les impressions qui s'apparente à un jugement, une croyance ou une opinion. « La croyance est le fondement des sentiments. Une émotion peut être rationnelle ou pas en fonction de la croyance »²¹⁸. La raison n'y peut rien, sauf à constater le ressenti, mais l'entendement analyse les faits. Il essaie de tirer l'homme douloureux, par exemple, vers une recherche d'un peu de plaisir, ou d'une pirouette accessible d'emblée pour émerger de son enfer. Le patient peut alors, penser à réclamer un antidouleur ou chercher à se distraire ; mais il peut aussi, décider de fuir la situation en se murant dans la haine, la tristesse ou la colère selon qu'il croit, qu'il a foi ou non dans la capacité du service à le soulager voire à le guérir.

Si le jugement est perverti ou faux, la raison donne une mauvaise indication à l'esprit. Donc l'esprit risque de prendre une mauvaise décision. Comme dans tout problème, si les données sont fausses, le résultat est erroné. La clé de la décision est à cet endroit : donner à l'esprit de bonnes indications au patient pour que l'action soit adaptée et bénéfique pour le soigné comme pour le soignant. Celui-ci est là pour soigner les effets subis par les malades, pas pour juger de la cause. Tous les malades ont une histoire survenue en dehors de l'institution. Cette histoire est consignée dans son dossier, elle aide à une meilleure compréhension de la raison de la pathologie présente. Ce n'est ni bien ni mal d'être malade mais il peut se glisser de notre part un jugement de valeur. Dans le film *Tatie Danielle* d'Etienne Chatiliez en 1990, le personnel de la maison de retraite est ému par cette vieille dame apparemment abandonnée par sa famille. Les soignants sont en colère et veulent

²¹⁸ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 476.

réparer cette injustice faite à quelqu'un de très âgé. Tout le monde élabore des actions proches de l'idée de réparation. Finalement, tout le monde est piégé par l'histoire racontée par la patiente en se laissant envahir par une émotion assimilable à du chagrin. La vieille dame est seule parce qu'elle a renvoyé tous ses proches. Le soignant est très sensible à la vulnérabilité du patient. Plus celui-ci est fragile (très jeune ou très vieux ou très souffrant), plus le soignant essaie de développer un lien de compassion pour soulager la peine du soigné et réparer cette injustice. « Les passions peuvent être contraires à la raison dans la seule mesure où elles s'accompagnent de quelque jugement ou opinion »²¹⁹. L'esprit décide d'agir en fonction des circonstances, de son désir, de sa morale et des conséquences de l'action aperçues au cours de la délibération, mais surtout en fonction du caractère de l'individu, accompagné de la raison. « Selon le caractère général de la personne ou selon sa disposition présente »²²⁰. Examinons comment réveiller le désir de soigner à la lumière de cette analyse.

²¹⁹ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 264.

²²⁰ *Ibid.*, p. 264.

III.1.3.3 Rechercher le désir de soigner

Un soignant ne peut pas rencontrer toutes ces personnes dans la plus complète indifférence. Si les émotions stimulent l'intellect, est-ce qu'elles peuvent toutes être utilisées par le professionnel pour l'exercice de sa mission ? Comment les identifier, les classer, les nuancer, repérer celles qui aident et celles qui gênent l'exercice ? À condition, ce qui n'est pas du tout certain, qu'il soit possible de dégager des catégories valables pour tous en tous lieux. Desquelles doit-il se protéger ? Faut-il évaluer la *dose prescriptible* pour ne pas outrepasser son rôle et rester néanmoins efficace ? Si oui, comment jouer parfaitement le personnage de soignant en restant imprégné par toutes ces sensations ? Si les passions provoquent le désir, le plaisir n'est plus très loin. Si les soignants exercent leur métier avec plaisir, le soigné ressentira une forme de bien-être à condition de montrer ce plaisir avec beaucoup de délicatesse et de tact. Le soignant apprend à prioriser ses soins, puis à donner à chacun selon son désir propre, tout en protégeant la personne privée. Nous pouvons établir que le soignant reçoit ces perceptions en tant que professionnel, comme *s'il avait l'habitude*, oubliant souvent son état personnel. Mais ses soucis familiaux sont tapis en lui et influent sur le comportement de la journée. Les perceptions et les idées sont verbalisées sous les mêmes termes : admiration, peur, orgueil, joie, haine, car nous sommes souvent bouleversée par la même histoire d'une maladie ou scandalisée par la même situation familiale. Par contre, selon l'état de fatigue, l'âge, la culture, ces émotions ne pénètrent pas de la même manière dans l'esprit. L'intensité des passions varie en fonction des individus : nous recevons un flot d'émotions commun en milieu professionnel que nous reconnaissons et que nous avons appris à absorber, par habitude, et puis celles, plus personnelles, plus violentes qui s'imposent et pourraient être à l'origine de comportements excessifs ou inadaptés. Par exemple, l'habitude de parler des malades en utilisant le possessif : « mes malades ». Les patients ne nous appartiennent

pas, ce sont des hommes et des femmes libres, quelle que soit leur place dans la société civile. Nous avons à connaître leur identité pour les installer à la place qui est la leur pendant la durée du séjour. Nous soignons un homme à qui nous disons *Bonjour Monsieur*, que nous vouvoyons parce que nous ne le connaissons pas, qui n'est pas obligé de nous raconter sa vie, même si nous pénétrons au plus intime de sa personne physique. Les passions directement en lien avec la profession sont reconnues et l'habitude permet, en général, de travailler sereinement avec ; mais celles qui nous envahissent parce que ce malade précisément réveille une situation personnelle par exemple, peuvent être à l'origine de dérapages comportementaux. De même que le soignant laisse sa vie privée aux portes du vestiaire en enfilant sa blouse blanche, le patient a le droit de décider de ne pas dévoiler la sienne, même et surtout quand il se met en pyjama. Certains détails sont nécessairement connus par le service pour une bonne prise en charge de la personne, mais toute une partie lui appartient, et tenter de croire que nous connaissons ses besoins parce que nous le soignons, ou que nous devons tout savoir, qu'il doit tout nous dire, représente une dérive très dangereuse qui pourrait rapidement s'apparenter à du paternalisme ou tout au moins à une attitude intrusive et déplacée.

Si le patient garde une attitude « convenable », adaptée à son état, le soignant est gagné par une forme de sympathie pour ce malade, trouvant que cette personne garde toute sa dignité face à l'épreuve qui l'affecte. Mais l'humiliation ressentie par le patient peut être source de malaise entre les deux parties et même atteindre, chez le professionnel de santé, du dégoût. Quand un soignant est dégoûté par un patient, il peut, à son insu, transmettre du mépris à son égard. Comment soigner humainement quand un patient attire le mépris ou qu'il dégoûte ? Nous voyons que l'esprit oscille continuellement entre deux pôles et est ainsi ballotté entre ces passions. Il faudrait installer un plateau central à cette balance pour permettre à l'entendement de se poser et surtout à chacun de trouver la passion

adaptée à son état et aux circonstances. Dans cette balance, nous posons nos passions dans chaque plateau. Hare, philosophe anglais contemporain également utilitariste, considère que nous possédons en nous à la fois la morale du « prolétaire » : « *Such a person, if he is to have the prima facie principles he needs, will have to get them from other people by education or imitation* »²²¹, mais que nous pouvons tenter de raisonner comme un archange : « *If we were archangels, we could by critical thinking alone decide what we ought to do on each occasions* »²²².

Si le soignant travaille à la construction de son rôle, qu'il en définit bien les contours en laissant ses émotions personnelles en dehors, il pourra, en creux, faire émerger toute une série de passions adaptées à l'exercice de son métier. Par exemple, s'il est dégoûté par un patient, il sait que ce patient est malade dans son corps mais peut-être aussi dans sa tête, qu'il ne supporte pas du tout d'être à l'hôpital. Le soignant sait que la seule chose à faire est de lui appliquer son traitement. La loi ne demande pas au soignant d'aimer les patients, d'être proche d'eux ou de partager leur intimité. S'il parvient à rester professionnel, à apposer les soins nécessaires et à surveiller l'évolution de la maladie du patient, il a rempli son rôle. Sans le support de l'idée du théâtre, du rôle à jouer, ses passions familières peuvent prendre le pas. Ce constat nous permet d'en tirer les conséquences, les conséquences pédagogiques qui apprendront à l'étudiant à évaluer la bonne distance.

Qui a le plus à craindre ? Le soigné peut-être mais le soignant sûrement, car il est exposé toute la journée, durant des jours, des mois et des années au flux incessant de ces émotions ; il est épuisé tous les soirs (ou tous les matins). Il est conscient qu'il ne doit pas

²²¹ R. M. Hare, *Moral Thinking : Its Levels, Method, and Point* (Oxford : New York : Clarendon Press ; Oxford University Press, 1981), Chapitre 3, p. 45 : « une telle personne, si elle a besoin des principes acquis de prime abord, elle devra les avoir acquis par l'éducation ou l'imitation ».

²²² *Ibid.*, Chapitre 3, p. 46, « Si nous étions des archanges, nous pourrions, par la seule pensée critique, décider ce que nous devrions faire à chaque occasion ».

se laisser influencer par la première impression ressentie auprès d'un patient, mais surtout qu'elle ne doit pas dicter sa conduite dans la prise en charge de cette personne. Tout au long de son séjour à l'hôpital, l'état du malade évolue, soit parce qu'il souffre moins et que l'espoir renaît, soit qu'il s'enfonce et se rapproche de la fin de sa vie. A chaque instant, le soignant rencontre un patient, endosse le *rôle du soignant* en travaillant son costume, sa posture, son discours, le temps à consacrer à chacun et le lieu de la rencontre. Tout au long de la pièce qui débute et qui se joue, le soignant conserve la fierté de la blouse blanche qu'il porte ; il agit, parle, soigne et décide complètement investi dans le rôle qu'il joue. « Ce que la passion elle-même n'a pu faire, la passion bien imitée l'exécute »²²³. L'objectif du soignant est d'essayer d'utiliser les passions ressenties pour soigner mieux. Il *joue* un rôle, son rôle pour lequel il est préparé. Il interprète le personnage de soignant, son costume et son langage. La rencontre avec le soigné lui fait ressentir les émotions de celui-ci. Il les note pour adapter son attitude, son discours et la prise en charge spécifique à la personne en face de lui. Le soignant construit à chaque instant, à chaque nouvelle rencontre un personnage professionnel qui n'est pas tout à fait l'homme ou la femme *de tous les jours*. Être percuté par les passions de chaque malade, qu'elles soient agréables ou non, à chaque instant, est impossible à supporter sur le long terme et le professionnel ne peut être efficace et aidant s'il oscille sans cesse entre joie et tristesse. Sans doute vait-on nous opposer que l'émotion ressentie n'est pas toujours mauvaise, et surtout que nous ne pouvons pas ne pas ressentir des émotions. Bien sûr et le flux d'émotions ne devrait jamais représenter un problème, car il construit une personne, lui donne sa personnalité et nous avons vu que c'était l'essence même de la vie et de l'action, donc de sa liberté. Si une émotion est à l'origine d'une action, nous pouvons en déduire qu'elle peut engendrer un comportement vertueux. Chacun peut ouvrir une voie vers la possibilité de se

²²³ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 80.

surpasser. Ainsi le soignant garde-t-il le contrôle de son rôle et travaille à calculer cette *bonne dose ou bonne distance* que les écoles d'infirmiers(ères) enseignent aux étudiants. Tout est question de dosage. Chacun compte, les jours, les doses, les heures et évalue son émotion. La probabilité qu'un patient guérisse rentre dans cet aspect comptable. Aussi savoir évaluer la dose d'émotions à appliquer à chaque malade et la qualité de ces émotions rentre dans un travail vertueux dont nous reparlons dans le chapitre cinq.

Pourquoi apprendre à utiliser et à doser ses passions ? Parce que le soignant doit montrer au patient qu'il a reconnu sa détresse et qu'il l'entend. Il a le devoir de développer une technique de soins pour soigner le patient. Cette technique s'appuie sur l'enseignement reçu au cours des études sanctionnées par un diplôme et la pratique, mais également sur la mobilisation à bon escient des émotions qui le traversent. C'est la différence qu'il y a entre *poesis* et *praxis*. Le soignant est dans l'obligation de trouver des « remèdes » du domaine de la créativité pour soigner au-delà des limites connues, Canguilhem écrit : « La médecine nous apparaissait, et nous apparaît encore, comme une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences, plutôt que comme une science proprement dite »²²⁴. La *poesis* dans ce métier, se montre sous forme de production utile aux autres où la routine est aussi l'habitude et le travail du geste répété tous les jours qui le rend si simple en apparence, débarrassé de toute hésitation. Le soin est la création de la *poesis*. Mais la *praxis* permet au soignant de devenir meilleur de jour en jour et d'éviter la saturation émotionnelle. « La production en effet a sa fin hors d'elle-même, mais l'action ne peut en avoir puisque c'est l'action réussie qui constitue elle-même la fin »²²⁵. Le soignant doit chercher à soigner avec succès et le soigné souhaite le meilleur pour lui-même, ainsi

²²⁴ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, (Paris : PUF, 2013), p. 8.

²²⁵ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. VI [1140 b 6-13].

l'action de soigner s'améliorera de jour en jour ; quand nous écrivons « action » nous incluons tout ce qui construit une relation entre un soignant et un soigné.

Le soignant cherche à repérer le désir d'autonomie du patient, sa capacité à agir et à penser rationnellement pour l'aider à se reprendre en main. De son côté, le soigné, tout en se sentant accompagné, tente de rassembler les *morceaux* de son être, de son corps, de son esprit, de son âme peut-être, sa spiritualité pour se retrouver. Le patient et le soignant essaient de se comprendre ; le soignant soigne un organe, le soigné pense à sa santé et à sa vie après : ils doivent se retrouver. Le soignant explique à chaque instant pourquoi il est là, quel soin il va pratiquer, quand il va revenir ; le soigné doit être aidé à verbaliser, à poser des questions, raconter quand il ne comprend pas ce qui lui arrive, partager sa peur pour l'assumer ou tenter de la faire taire si elle n'a pas de raison d'être. Le soignant fait parler son cœur et sa raison pour que le malade s'autorise à laisser aller ses passions. Est-ce que la raison, le cœur et le rationnel pourraient travailler et progresser ensemble au cours de l'hospitalisation ? Le détachement agirait-il comme un antagoniste à une passion trop violente pour calmer l'esprit et rendre aux soignants et aux soignés leur lucidité dans leur relation et l'acte de soin ? Il est un peu tôt pour poser une telle hypothèse. Toujours relié au théâtre, nous approfondirons le travail du geste que l'acteur utilise comme un mime, et, à travers le détachement, nous pourrions travailler pour épurer notre relation avec le malade, arriver à supprimer tout ce qui parasite cette rencontre pour garder l'essentiel, ce qui est nécessaire.

Le spectateur doit sympathiser avec toutes ces péripéties et recevoir cette joie fictive comme il a reçu toutes les autres passions. [...] Puisqu'elles (les passions) sont toutes d'abord présentes dans l'esprit d'une personne, pour apparaître ensuite dans l'esprit d'une autre²²⁶, [...].

²²⁶ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 209.

Nous avons expliqué comment les passions s'imposent et se construisent. À travers cette analyse, nous allons maintenant tenter d'articuler le concept de détachement avec l'organisation des passions et expliquer comment il peut aider à identifier le flux des émotions, les mettre au service du soignant et du soigné pour construire chacun et ensemble une relation professionnelle efficace et efficiente. Un soignant se doit d'être efficace mais surtout il doit se demander comment il va atteindre son but : soigner vite et bien,

Faute de valeur supérieure qui oriente l'action, on se dirigera dans le sens de l'efficacité immédiate. Rien n'étant vrai ni faux, bon ou mauvais, la règle sera de se montrer le plus efficace, c'est-à-dire le plus fort. Le monde alors ne sera plus partagé en justes et en injustes, mais en maîtres et en esclaves²²⁷.

Il n'est pas question de créer une relation de maître et d'esclave mais une relation, si elle demeure asymétrique, respectueuse de l'autre, de l'institution et de la société dans laquelle nous vivons. Abordant le soin sous un angle nouveau, cela permettrait de trouver, pourquoi pas, du plaisir à soigner et peut-être un peu de paix pour le patient, chacun s'étant retrouvé en trouvant l'autre.

²²⁷ Albert Camus, *L'Homme révolté* (Paris : Gallimard, 2013), p 14.

III.2 Comment introduire le détachement tout en préservant l'existence des passions ?

Tout ce qui entretient et enflamme nos passions nous est agréable²²⁸.

Dans cette citation, Hume pose l'idée qu'au fond nous sommes favorables à ce qui entretient une émotion. Dans le *Tome III du traité de la nature humaine*, il compare ces émotions au sang qui coule dans nos veines. C'est un flot ininterrompu et vital provoqué par toutes les sensations qui nous percutent à chaque instant, et qui sont issues du monde extérieur, choses et gens²²⁹. Intéressée par les gens que nous soignons, nous recevons ces passions en regard des situations que nous rencontrons. Chaque passion est le signe que nous ressentons du plaisir ou de la peine et donne une indication sur la valeur qu'elle mobilise et donc sur son principe éthique. Comment pouvons-nous agir sur elle sans l'abîmer tout en la faisant vivre en nous et en faisant d'elle une alliée pour soigner ?

III.2.1 Pourquoi chercher à se détacher ?

Prenons un exemple : un médecin rentre dans une chambre et découvre un enfant très abîmé par un accident domestique parce que sa mère semble ne pas l'avoir bien surveillé. Son pronostic vital est engagé. Ce praticien ressent sans doute un immense chagrin de voir de tels dégâts dans un si petit corps, une profonde compassion pour ce petit bonhomme mais aussi de la colère à l'encontre de la mère. Cet homme est confronté à une vision inacceptable pour lui. Il est tout à fait injuste d'être autant cassé par la négligence d'un adulte. Le chagrin se transforme en colère, parce que ce soignant est profondément heurté dans ses propres valeurs.

²²⁸ Jean-Pierre Cléro, *Hume : une philosophie des contradictions*, (Paris: Vrin, 1998), p. 61.

²²⁹ Daniel Dumouchel, « Sympathie et passions in Hume et les paradoxes de la fiction », (Paris : Hermann, 2014), p. 123 « La qualité la « plus remarquable de la nature humaine » dit Hume « est notre propension à sympathiser avec les autres et à recevoir par communication leurs inclinations et sentiments. »

Être humain c'est savoir maîtriser ses émotions. Néanmoins, la colère elle-même peut avoir une vertu éthique lorsqu'elle informe d'une valeur à laquelle nous tenons se trouve malmenée. Elle revêt alors la forme d'une indignation²³⁰.

Quand le praticien agit, il peut, soit se laisser entraîner par ses émotions et ses passions, soit tenter de prendre du champ pour rester professionnel. S'il donne libre cours à sa colère en reprochant à la mère l'état de son enfant, il outrepassé son rôle de soignant ; nous n'avons aucun droit à juger d'une situation. L'équipe soignante est toujours confrontée à la vie dans l'hôpital *et* à celle en dehors de l'hôpital. Si l'équipe ne laisse pas du temps et de l'espace pour prendre en charge cet enfant, celui-ci va subir un assaut constant de compassion et de *bons sentiments* de la part de tout le service mais sa mère va endurer un climat hostile. Même si celle-ci a sans doute des torts, même si elle n'a, peut-être en plus, que peu de chagrin apparemment à voir son enfant blessé, nous n'avons que le devoir de soigner l'enfant et peut-être, après délibération, de signaler l'accident aux services compétents. Peut-être même rendons-nous service à son enfant en ne condamnant pas apparemment sa mère, car sans doute est-il très attaché à elle. Si nous voulons aider l'enfant et sa mère, nous avons à soigner ce petit et à accompagner sa mère ; peut-être un comportement compréhensif peut d'abord ne pas nuire (*primum non nocere* : serment d'Hippocrate), mais réparer un peu les personnes cabossées. Notre tâche est de prendre en charge ce petit pour le faire tendre vers la guérison et lui rendre son autonomie dans un premier temps, mais surtout lui permettre de regarder vers l'avenir. En le soignant, nous essayons de mobiliser des passions différentes des passions initiales, des passions de générosité, de joie et de respect. Le soignant trouve sa place auprès du petit patient, l'enfant apprend d'adultes différents de sa famille, un autre comportement possible pour échanger et grandir, nous lui donnons peut-être un espoir de résilience.

²³⁰ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010), p. 58.

Une émotion, qui accompagne une passion, se convertit aisément en elle, quoique l'une et l'autre soient à l'origine de natures différentes, voire de natures contraires²³¹.

Pourquoi apprendre à se détacher ? Pour être en capacité d'ouvrir une porte à toutes personnes que nous soignons pour qu'ils s'autorisent à regarder au-delà de leur séjour à l'hôpital.

Il va se développer en une relation qui va traverser des étapes dans le temps : écoute de l'histoire du patient et de ses symptômes, recherche diagnostique, échange sur les éventualités, accord sur le traitement envisagé, suivi, jusqu'à l'issue et la séparation possible²³².

Les soignants dépendent bien des soignés. Cet aspect aurait tendance à rééquilibrer la relation en faveur du soigné, et surtout émancipe le patient de la lourde tutelle médicale et paramédicale ; il est en droit de demander, d'exiger, donc il se détache de la routine un peu sclérosante des unités de soin pour considérer l'hôpital autrement. Les soignants sont confrontés à ce type de changement d'attitude dans les services ambulatoires. C'est la faculté qu'a le soignant à répondre à ce nouveau comportement du patient qui permet d'évaluer son détachement. En effet, il doit rendre au patient cette nouvelle liberté acquise. Les principes de respect et de justice de Beauchamp et Childress s'appliquent à ces nouveaux consommateurs de santé.

Nous avons tenté de délimiter le cadre d'action des passions dans la relation soignant-soigné, leur mode opératoire, le rôle de la raison, de l'entendement et de la volonté, nous pouvons apporter des précisions au concept de détachement. Le détachement dont il est question ici est un concept philosophique associé aux passions pour observer comment

²³¹David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 268.

²³²Olivier de Dinechin, « Les poussées d'un droit à la santé », *Revue Projet*, Vol. 304, n° 3 (2008), p. 37, <https://doi.org/10.3917/pro.304.0037>, consulté le 17/09/2019.

ce système pourrait fonctionner. A quel instant et comment le détachement peut-il agir sur l'impression des passions ou des idées dans l'esprit ? « Les perceptions qui pénètrent avec le plus de force et de violence nous pouvons les nommer impressions »²³³.

²³³ Jean-Pierre Cléro, *Hume : une philosophie des contradictions*, (Paris : Vrin, 1998), p. 27.

III.2.2 Comment concilier les passions avec une attitude détachée ?

À l'hôpital, le malade doit résister à la maladie pour commencer à moins souffrir et rester *debout*. Il n'a pas besoin de croire dans l'histoire racontée puisque c'est la sienne : « Il n'y a pas de place pour l'expression par le malade de sa peur, de sa tristesse, et souvent parce que les soignants sont eux-mêmes débordés par l'émotion »²³⁴.

Que se passe-t-il si nous nous attachons aux patients ? Quel intérêt y-a-t-il à introduire ce concept de détachement entre un soignant et un patient ? Agirait-il comme révélateur et mettrait-il en valeur alors, le bon côté de la passion, ou est-il juste un élément neutre indifférent à la situation, mais capable de montrer une vue d'ensemble de la relation ? Quelles conséquences si nous sommes tous détachés ? L'idéal serait que nous n'ayons plus à faire taire nos passions. Est-ce à dire que nous devenons raisonnable sous l'emprise du détachement ? Il serait la condition d'une rationalité absolue dans la relation, le pouvoir de faire cesser toutes passions nuisibles puisqu'il n'y aurait plus d'attachement ? Mais rappelons-nous que Hume ne donne aucun pouvoir de contrôle à la raison. Alors si le détachement ne s'installe pas à côté de la raison, où est sa place dans ce processus passionnel ? « La raison n'a pas le pouvoir de nous dire quoique ce soit sur les valeurs morales »²³⁵.

Nous allons tenter de répondre à ces questions qui mobilisent à la fois le temps et la manière d'aborder la relation soignant-soigné. Nous introduisons le concept du détachement, la façon de s'installer, le lieu de son action, l'objectif poursuivi et ses conséquences. Le détachement apporte au travail du soignant une dimension de l'ordre de

²³⁴ Nancy Kentish-Barnes, *Vécu de la parole en réanimation* (Paris: PUF, 2010) p. 180.

²³⁵ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010), p. 58.

la réflexion, sur son positionnement vis-à-vis du patient et vis-à-vis de lui-même. C'est un mouvement de séparation et de ré-attachement mais autrement, comme dans l'exemple d'une mère avec son bébé. Le but du détachement n'est pas d'éteindre les passions, ni de les limiter, mais de prendre le temps de les accueillir, les reconnaître pour leur donner de l'espace dans la relation. En installant le détachement au centre des passions, nous pouvons analyser deux séquences : dans un premier temps, le cheminement de la passion et ce qu'elle génère dans l'esprit de la personne et dans un autre moment, les outils que différents philosophes ont proposés pour *apprivoiser* ces passions. Nous pourrions alors montrer la place du détachement au sein des émotions qui nous habitent tout au long de la journée (et de la nuit).

Regardons la place du détachement dans le concert des passions : les passions représentent le fondement du détachement, sa raison d'être : supprimez les émotions, vous gomez tout désir, toute souffrance psychologique certes, mais tout plaisir ou toute joie, car l'homme ne se soucie plus alors de savoir s'il doit rester attaché ou non, tout le laissant indifférent. Si l'homme ne ressent plus d'émotions, il n'est ni attaché ni détaché, il est sans projet comme une petite mort.

Voyons comment surgit s'exprime une passion auprès d'un patient : si un sujet pleure avec un malade, ce n'est pas l'émotion *chagrin* qu'il faut incriminer, mais le soignant, son esprit, qui, après avoir ressenti le chagrin, se laisse envahir et l'exprime en pleurant avec le patient. Aurait-il pu ne pas pleurer malgré le chagrin ressenti ? Aurait-il pu décider d'une action telle qu'elle l'aurait protégée contre ses propres larmes ? C'est tout le problème des émotions ressenties par les soignants : « La première idée qui se présente à l'esprit est celle de la cause »²³⁶. Et Kant écrit :

²³⁶ David Hume, *Traité de la nature humaine*, trad. par Philippe Saltel, Philippe Baranger, et Jean-Pierre Cléro, vol. Livre II (Paris : Flammarion, 1991), p. 103.

Des actions qui ne peuvent être accomplies qu'avec un renoncement à tous les désirs et à toutes les sollicitations sensibles sont conformes au domaine de l'intelligible²³⁷.

Les passions sont considérées bien souvent comme responsables d'actes peu moraux ou au moins excessifs. Nous apprenons très tôt à l'enfant à les réprimer. Mais, à commencer par Aristote qui réunit l'âme et le corps sous une même entité et une même forme,

Âme et corps ne sont pas deux entités séparées qu'un principe supérieur unifierait ; l'âme est la forme du corps, elle est son actualité même : « C'est pourquoi l'on n'a même pas besoin de chercher si le corps et l'âme font un, exactement comme on ne le demande non plus de la cire et de la figure, ni globalement, de la matière de chaque chose et de ce qui a cette matière »²³⁸.

D'autres philosophes ont développé des thèses pour nous réconcilier avec nos affects.

Hume en explorant la thèse morale utilitariste analyse le fonctionnement de survenue des passions et ouvre la voie à une vision moins morale des passions. Il distribue le rôle de la raison de l'entendement et de la volonté expliquant ainsi leur influence dans la prise de décision et l'action. L'individu touché par les impressions reçues de son environnement, élabore des idées tendant vers un plaisir et fuyant une peine, celles-ci nées de l'impression elle-même.

²³⁷ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 142.

²³⁸ Dominique Démange, « La « définition » aristotélicienne de l'âme », *Le Philosophoire* 21, n° 3 (2003) : 65, <https://doi.org/10.3917/phoir.021.0065>, (Aristote de l'âme, *De an.*, [II, 1, 412b6-8]).

C'est la perspective d'une douleur ou d'un plaisir qui engendre l'aversion ou l'inclination pour l'objet. Ces émotions s'étendent aux causes et aux effets, puisque la raison et l'expérience nous les désignent²³⁹.

Selon notre expérience, nous savons si une situation nous apportera du plaisir ou de la souffrance, nous en connaissons les effets. Nous avons gardé en mémoire l'effet produit par des circonstances antérieures analogues. La souffrance est représentée par cet objet *posé* en face de nous et elle devient la cause de cette douleur à venir ; l'impression de la rencontre avec l'objet et l'analyse pour déterminer l'effet et la cause de la passion, sont alimentées par la raison. Hume ajoute :

Puisqu'une passion ne peut jamais, en aucun sens, être appelée déraisonnable, sauf quand elle se fonde sur une supposition fausse [...], il est impossible que la raison et la passion ne puissent jamais s'opposer l'une à l'autre ou se disputer le gouvernement de la volonté et des actions. Dès que nous nous apercevons de la fausseté d'une supposition [...], nos passions cèdent à notre raison, sans opposition²⁴⁰.

Aimer ou détester n'est pas contraire à la raison, ni ressentir de l'orgueil ou se sentir humilié. La raison constate la peine et le plaisir à venir. Elle raisonne, analyse et déduit en fonction des passions ressenties, si la balance penche du côté des peines ou des plaisirs.

L'esprit, par un instinct originel, tend à s'unir au bien et à éviter le mal, quand bien même l'un et l'autre ne seraient conçus qu'en idée et considérés comme devant se produire dans un temps à venir²⁴¹.

Face à un homme conscient du plaisir ou de la peine présente ou à venir, *l'objet* continue à envoyer son flot d'impressions et d'émotions. L'attirance ou l'aversion composent

²³⁹ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 262.

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 264.

²⁴¹ *Ibid.*, p. 289.

l'essence du désir, désir de fuir ou désir de s'approcher. Hume précise alors que l'entendement utilise cette balance pour intégrer ce flot dans un jugement plus global où d'autres facteurs rentrent en cause, comme la loi, la morale, l'éducation. Sinon les hommes n'agiraient tous que par plaisir ; l'homme (ou la femme) est capable de souffrir beaucoup pour obtenir un plaisir à venir plus intense que le plaisir immédiat. L'entendement ouvre cette voie. Il façonne une autre balance, celle-là, sur laquelle il pose toutes les circonstances actuelles, toutes les connaissances de ce moment-là, l'objectif poursuivi pour construire une vraie délibération basée sur un désir comme le note Aristote : « Nous désirons dans le sens de la délibération »²⁴².

²⁴² Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. III [1113 a 9 - 17].

III.2.3 Conséquences de ce changement de paradigme dans la relation de soin

Les soignants restent une ressource inépuisable aux yeux du patient pour se réparer. Le patient, de son côté, doit adopter un positionnement correct et respectueux vis-à-vis de l'équipe. Sa pathologie ne lui donne aucun droit de se conduire de manière déplacée ou grossière. Il doit prendre sa place dans le service, mais rien que sa place. C'est un devoir moral et légal. Mais il est en état de détresse et cherche un sens à ce qui lui arrive. La réponse doit être juste pour que chacun comprenne la vision qu'il a de la guérison chez l'autre. Le médecin soigne un individu, le malade veut guérir et espère redevenir comme *avant*. Parallèlement le patient a besoin de ressentir des émotions pour rester en contact avec la vie. Il se sent vivant quand il aime ou déteste, ou qu'il est fier ou honteux. Son caractère, sa personnalité, son être, son identité ne doivent jamais disparaître sous l'étiquette de *malade*. Alors si le soignant change de point de vue et apparaît plus calme et plus disponible, l'attitude du malade va se modifier. Un sentiment de sécurité peut l'envahir mais un manque de chaleur peut aussi être ressenti. Le soigné a un texte à raconter et le soignant est là pour l'aider à le formuler, à l'exprimer pour que la relation soit un échange et non plus une dissymétrie. Par exemple, un patient attend toujours que quelqu'un vienne lui dire quand il peut se laver, se lever. En dehors de consignes médicales, il est possible de lui donner l'organisation du service pour lui expliquer, qu'autour de ces rendez-vous avec les soignants, il est libre de s'occuper comme il le souhaite, il pourrait même avoir quelques exigences, comme celle de ne pas être dérangé à certaines heures pour écouter une émission de radio à laquelle il tient. Est-ce que cet exemple d'exigence prend plus de temps au soignant ? Non bien sûr, mais nous retrouvons l'idée d'autonomie dont nous parlerons plus loin, et la notion d'oubli. Savoir les patients intéressés à quelque chose indépendamment de nous, permet de ne plus penser

à eux le temps de faire autre chose. Ils peuvent nous appeler si besoin. Le service peut mentalement être ressenti comme plus léger et le personnel plus disponible pour les malades très dépendants.

Quelle certitude avons-nous sur le cheminement intellectuel et émotionnel du patient ? S'il n'exprime rien, comment sommes-nous certaine de donner la bonne réponse, d'agir de manière adéquate à ses besoins ? Nous sommes confrontée à un double problème : celui de rester performante en cherchant à atteindre l'excellence dans nos gestes et nos attitudes et de tomber dans une routine qui gommerait toute émotion, ou celui de tenter de rester très proches des patients, attentive à leur vécu pour ne pas se durcir avec le temps au risque de s'engloutir dans trop de souffrance et d'avoir de plus en plus de difficultés à rester à l'écoute. L'homme doit garder l'envie de travailler tous les jours vers plus de plaisir, plus de plaisir à réaliser un beau geste professionnel, efficace et épuré, *et* d'adopter un comportement adapté à l'autre²⁴³. Mais il s'agit de pouvoir repérer ce moment où le soignant peut aider le malade à se détacher et ainsi vouloir se soigner lui-même pour redevenir un citoyen dans la ville. Ce désir va entraîner, de la part du soignant, une attention particulière portée sur ses propres passions. Il peut ainsi repérer les passions approuvées par la raison dans ce domaine d'expertise.

Mais le soignant n'est pas surhumain ; que peut-il faire quand il est submergé par une émotion que la raison ne reconnaît pas et non contenue par l'entendement ? Alors il risque d'être atteint à son insu par ces passions et d'aggraver sa vulnérabilité. Le soignant peut

²⁴³ Anne Laure Boch, « Médecine technique, médecine tragique : le tragique, sens et destin de la médecine moderne » (Philosophie, Marne La Vallée, 2006), (<https://www.theses.fr/2006MARN0284>), p. 141 : « L'éthique du travail bien fait est proche d'une certaine esthétique. Cette esthétique veut que le champ opératoire soit propre, le scanner post-op normal et la cicatrice quasi invisible. Elle est recherche d'une perfection, perfection du geste et de l'acte, perfection du résultat. »

être en souffrance. « On n'a pas assez conscience de ce que représente pour un soignant l'incapacité de « parvenir » au bout de ses soins »²⁴⁴.

Réfléchissons sur ce que Épictète nomme le *temps d'arrêt* ou *epilegein* qui consiste

La première réaction devant une représentation, [...] doit consister à marquer un temps d'arrêt, et à ajouter quelque chose à ce qu'elle nous dit : [...], un exercice qui consiste à mettre en doute la représentation, à se demander si elle n'est pas erronée²⁴⁵.

Le détachement intervient dans cette entreprise pour une prise de conscience du lieu et du moment où les *choses* arrivent. Le détachement ouvrirait le champ de la réflexion pour repérer la tonalité de l'émotion en cours, son intensité, le moment où elle apparaît et sa durée. La passion peut être analysée, utilisée et transformée en force. Il permettrait un recul, donc la création d'un espace et d'un temps entre le soignant et le soigné. Le soignant, par exemple, peut décider d'arrêter de courir partout pour tenter de répondre à toutes les demandes. Il essaiera de ralentir pour mieux comprendre les passions qui l'animent quand il soigne. Le regard de chacun se modifie alors parce que le soignant a changé de *tempo* et d'angle de vision, le malade ne voit plus le soignant de la même manière. L'avantage de cette démarche est une modification subtile de la relation. Les repères se modifient un tout petit peu et cela peut suffire à changer l'angle d'attaque des passions. Le Coz écrit dans un article : « Les émotions n'ont rien d'incompatibles avec l'éthique »²⁴⁶. Elles sont vues autrement et peuvent être plus facilement repérées. Ainsi le soignant se protège contre trop d'agressions tout en gardant une capacité à trouver du plaisir à soigner. De plus, il travaille à améliorer sa pratique un petit peu chaque jour. Ce

²⁴⁴ Emmanuel Hirsch, « Éthique hospitalière et relation de soin », *Laennec* 51, n°3 (2003), p. 7.

²⁴⁵ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [1, 5], p. 52.

²⁴⁶ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010), p. 57.

n'est pas une révolution qui est proposée dans cette réflexion mais la mise en place de toutes petites innovations qui misent bout à bout peuvent entraîner de grandes modifications. C'est un peu comme le battement d'aile du papillon au Brésil qui provoquerait une tornade au Texas.

Voici un exemple pour illustrer notre propos : nous avons travaillé avec une infirmière qui, à l'accueil d'un patient très angoissé, passait quelques minutes à écouter cette peur. Puis sans répondre jamais, installait ce monsieur dans sa chambre en veillant à ce qu'il puisse atteindre tous les dispositifs nécessaires à sa sécurité et elle le laissait. Elle revenait quelque deux heures après et demandait au patient de lui reparler de ses angoisses. Le malade, un peu désarçonné, reprenait son discours, mais ce n'était plus tout à fait le même. Entre-temps, le patient avait bougonné contre l'infirmière qui ne lui avait pas apporté de réconfort immédiat, mais se sentant installé et en sécurité, il avait eu tout le loisir de laisser décanter son angoisse. Il a été laissé à lui-même un peu contre son gré certes mais pas abandonné. Il est normal d'avoir peur la veille d'une intervention chirurgicale. Cette soignante savait repérer ces terribles angoisses, les garder loin d'elle, et positionner le patient de telle sorte qu'il pouvait évacuer cette forme de délire pour retrouver un peu ses esprits. Son attitude n'a rien de très singulier, elle a juste décalé le temps du dialogue à un peu plus tard et donné ainsi au patient la possibilité de ressentir de la fierté d'avoir su, tout seul, trouver un moment pour se reprendre et parler de sa peur avec cohérence. Peut-être de laisser cette passion grandir puis s'épuiser toute seule suffit-il pour mener à bien une action. Ce patient pénètre sans doute au bloc opératoire avec moins d'appréhension, donc l'anesthésiste aura besoin de moins de drogues pour le maintenir endormi et son réveil sera plus rapide et plus confortable. « La compassion ce n'est pas gémir avec,

comme la pitié ou la commisération, [...], mais c'est lutter avec, un accompagnement »²⁴⁷.

Si nous tentons de sortir de ce champ de passions comme nous sortirions d'un champ magnétique pour le considérer avec toute sa taille, sa force, sa direction, sa vitesse d'action, nous déchirons les liens qui nous étreignent. Il faudra *revenir* pour accomplir le geste du soin en prenant le temps et l'espace nécessaires pour canaliser ce flot incessant. Cette manœuvre ouvre un champ immense des possibles pour une prise en charge compatissante, consolante mais toujours professionnelle : l'intensité des passions est mesurée, les passions épurées. Le détachement agit en coupant les liens de la relation habituelle pour en tisser de nouveaux, dans un autre espace et avec un autre rythme et qui vont être à l'origine d'un autre travail, celui de la vertu. Ainsi chaque soignant pratiquera-t-il sa charge avec élégance en évitant toujours et encore de n'agir que par habitude. *Soigner* représente un métier appris à l'école, mais au quotidien l'équipe soignante va au-delà du simple soin. Le changement d'attitude du soignant occasionne auprès du patient, sans doute à son insu, une transformation de la représentation qu'il avait du professionnel de santé. Celui qui est dans un lit, qui est le cœur de l'activité hospitalière, va devoir s'adapter à cette nouvelle relation et découvrir en lui des ressources pour répondre à ce détachement par son propre détachement. Il est sur la voie pour reprendre sa vie en main, redevenir le citoyen qu'il était et accepter de vivre avec les séquelles de sa maladie. Bien entendu notre propos est nuancable pour tous mais surtout pour le soigné. Certains malades veulent s'abandonner, être pris en charge. Nous verrons dans le chapitre des vertus, comment il faut aider ces malades à *redémarrer* pour ne pas qu'ils se laissent aller et qu'ils *glissent*. Le détachement sert à harmoniser ces deux pôles. Nous sommes tous vulnérables et ceci nous rend plus égaux. Le soignant possède un diplôme face à un

²⁴⁷ Paul Ricœur, *Vivant jusqu'à la mort : suivi de, Fragments*, La couleur des idées (Paris : Seuil, 2007), p. 46.

malade qui lui raconte l’histoire de sa maladie. La connaissance individuelle de la maladie n'est pas la même, mais le soignant et le soigné doivent échanger pour aider l’autre à résoudre cette situation inquiétante, ressentie comme injuste, sinon douloureuse. « Le patient appelle à l’aide, il a un sentiment d’injustice avec une recherche de sens face à cette situation qu’il trouve absurde »²⁴⁸.

Le détachement serait-il le bienvenu quand nous savons qu'il autorise toutes les passions ? Un patient ressent de la honte quelquefois du fait de la maladie, mais il est toujours en quête de la meilleure solution pour lui. La philosophie stoïcienne en travaillant sur la représentation, ouvre une voie vers un détachement qui trouve une idée, en réfléchissant *hors de soi*, en se regardant de dehors.

Ne permets pas à la représentation de se développer et de déployer la série de ses tableaux, sinon elle te possède et te conduit où elle veut. Mais substitue-lui plutôt une belle et noble représentation²⁴⁹.

Cette idée brise une certaine représentation pour ouvrir au malade une porte vers la réalité. Certes, cette réalité peut être sévère, mais, comme les Stoïciens l'écrivent il s'agit de : « se donner un répit, [...] se tourner vers soi »²⁵⁰. Pour le patient, le travail consiste à repérer, du fond de son lit, les projets, les idées, les choses sur lesquels il peut encore agir, et à mettre en œuvre ces tout petits projets. Alors il peut, par le biais des passions faibles, s'appuyer sur la beauté d'une musique, le plaisir de lire, d'écrire, de se reposer. L'esprit occupé par ses menus plaisirs, portera son imagination sur l'art de créer d'autres plaisirs similaires, des « représentations adéquates et objectives »²⁵¹. Cette démarche permet de

²⁴⁸ Alain C. Masquelet, « La décision médicale, entre méthode et dilemmes », Conférence, *Printemps des sciences humaines et sociales*, 6 avril 2011.

²⁴⁹ Épictète, les *Entretiens*, [E ; II, 18, 25], cité dans *Manuel d'Épictète*, [8-10], p.76.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 20.

²⁵¹ *Ibid.*, [1,6], p. 51.

détacher la crainte et l'espoir de son imagination, comme on détache une mauvaise peinture d'un mur pour y accrocher une représentation plus adaptée au réel. L'humiliation ainsi déjouée est alors acceptée ou transformée en une sorte de renoncement mais qui est le bienvenu. Si plus rien n'est comme avant, il faut bien renoncer à ce passé. L'humiliation n'est plus subie et l'avenir se structure doucement autour de nouvelles données physiques, psychiques ou thérapeutiques. Quand la probabilité de guérir ou non deviendra certitude au fil des jours, la crainte ou l'espoir se transformeront en certitude d'aller plus mal ou mieux, la probabilité devenant réalité, indépendamment de l'imaginaire. Alors le malade peut réunir ses forces pour affronter encore et encore un mal qui ne veut pas céder. Pour Hume, l'homme ayant un penchant à aller vers ce qui lui fait plaisir, un patient devant lutter pour sa survie peut accepter de souffrir encore dans l'espoir d'un mieux. Le détachement oblige à se séparer de ce qui est douloureux pour laisser le désir, le besoin de plaisir prendre la place. Le patient a une vie en dehors de l'hôpital et personne ne lui demande d'investir de l'affection dans le service avec le personnel soignant. En dehors des relations de savoir-vivre, il peut garder ses émotions pour lui et apprendre à les faire vivre tout seul. Il ressemble au soignant dans le travail qu'il effectue pour vivre avec toutes ses passions sans que l'esprit ne se laisse envahir, comme une rationalité du détachement. Lui aussi se construit un rôle choisi et assumé. Descartes parle du fait de « ne pas s'affliger sur soi-même ».

Le détachement repère les passions présentes à un instant « t », en fait le catalogue pour comprendre lesquelles utiliser en fonction des circonstances. Il peut être assimilé à une méthode pour prendre en charge les patients : en permettant un certain recul, et même une position *hors de soi*, il valide, non pas la qualité de la relation (pas encore), mais simplement la place occupée par chacun. Ainsi le détachement agit comme un projecteur sur le rôle de chacun à l'hôpital. Honte et fierté se complètent et peuvent se renforcer ou

se détruire l'une, l'autre. Alors la fierté donne la joie pour soigner, joie qui peut aider à gommer doucement la honte du malade et à accepter la maladie et son cortège de frustrations, douleurs et anxiété. « [...] la souffrance physique et la maladie sont par elles-mêmes des causes spécifiques d'humilité »²⁵².

Puisque nous ressentons forcément quelque chose par nos sens, qu'est-ce que le soignant peut construire pour jouer son rôle ? Le soignant parle et expose les différentes étapes de la prise en charge du patient ; c'est l'aspect rationnel et professionnel ; mais il doit se comporter de telle manière que le malade se sente en sécurité, accueilli comme un homme-malade et totalement déchargé de sa maladie et donc de ce corps qui lui fait défaut et représente pour lui la preuve de sa finitude. Si le soignant doit endosser son rôle et le travailler tous les jours, il a le devoir de conserver au patient son identité. Les patients ressentent une perte de leur identité à l'hôpital du fait peut-être que nous devons faire abstraction de l'extraction sociale, professionnelle ou politique de la personne soignée ; cela ne doit pas influencer la qualité de la prise en charge. Le patient célèbre qui provoque l'orgueil dans l'équipe, peut poser un problème, car il ne doit ni souffrir ni bénéficier des passions qu'il déclenche à son insu. Si le détachement ne peut agir sur les impressions, il le peut sur les idées. En appliquant le détachement dans sa pratique, le soignant aide le patient, d'une part à se détacher de l'équipe médicale et paramédicale et d'autre part à se détacher de son corps et de trop de souffrances. Paul Ricoeur exprime ainsi l'empathie : « Se laisser toucher sans se laisser abattre »²⁵³.

Cette citation pourrait s'appliquer au personnel soignant comme aux patients. Le médecin doit guetter tous les signes d'amélioration de l'état physique du patient, qui le rapproche de la guérison et donc, du recouvrement de l'autonomie et de sa vie d'avant. Le patient

²⁵² David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 130.

²⁵³ Paul Ricoeur, *Vivant jusqu'à la mort : suivi de, Fragments*, (Paris : Seuil, 2007), p. 46.

doit se redresser, se remettre debout, retrouver sa verticalité après être tombé. Certains patients ne peuvent pas ou ne veulent pas reprendre leur vie en main, sans doute cette vulnérabilité ressentie les effraie et la peur de retomber peut les hanter longtemps. Nous avons vu avec Hume que les perceptions disparaissent et apparaissent au moindre mouvement de l'orbite, elles sont rapides et éphémères. En changeant le regard porté sur le patient, nous transformons les perceptions reçues par le soignant mais aussi celles reçues par le soigné.

Cette nouvelle approche vers une amélioration de la relation des soins ne doit pas aboutir à une situation plus difficile à vivre que la précédente. C'est pourquoi nous allons positionner le détachement dans le cadre de l'éthique pour vérifier s'il peut y trouver sa place.

III.2.4 Une relation comptable

Quand l'entendement décide de l'action à mettre en place, il a la volonté de le faire. Celle-ci serait le fruit de l'articulation entre deux passions. Hume définit ainsi la volonté :

L'impression interne que nous sentons et dont nous sommes conscients, lorsque nous suscitons sciemment un nouveau mouvement de notre corps ou une nouvelle perception de notre esprit²⁵⁴.

Si la raison ne joue aucun rôle dans la décision d'une action, la volonté ne peut agir que grâce aux passions. La volonté résulte d'un cheminement, d'une délibération pour décider d'une action. Cette action parvient au but en décrivant les étapes, les moyens à se donner, l'objectif final. La volonté empêche l'esprit de se laisser distraire et ainsi de parvenir au but. Elle est le garde-fou de l'entendement dans la réussite de son projet. Si l'esprit n'est pas tout seul à recevoir toutes ces passions et est encadré par la volonté, nous savons que toute décision est précédée d'une période de délibération pendant laquelle l'être humain pèse le pour et le contre, le bien et le mal, la volonté réglant ce jeu de balance. Elle empêche l'esprit de désirer accomplir des actions trop dangereuses ou nuisibles, elle évalue le court, moyen et long terme et autorise ce que l'entendement considère comme une action adaptée aux circonstances. En effet, il donne un degré de probabilité à chaque option (calcul bayésien), évalue les conséquences et les chances de succès. Le soignant pourrait utiliser cette balance des passions pour évaluer le bien fait au patient et par là même diminuer sa peine. Le système pourrait être le suivant : grâce à la raison, puis à l'entendement le soignant étudie la situation sous tous ses aspects pour évaluer, par exemple, la prise de risques pour le patient et lui-même ; après cette délibération, cette personne décide de la meilleure action à mettre en place au vu de la connaissance de la

²⁵⁴ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 245.

pathologie à ce moment précis. Une fois la décision prise, le soignant entre dans l'action avec tout le sérieux mais la fierté aussi d'essayer d'améliorer l'état de santé du patient.

De temps en temps, il peut être confronté à la frustration de ne pouvoir faire plus, de devoir *baisser les bras*, parce que l'analyse de la probabilité d'améliorer les effets de la maladie du patient et celle de ne pas aggraver son état général conclut en faveur d'un arrêt du traitement ou de ne pas opérer. Dictée par sa morale personnelle et sa déontologie professionnelle, cette personne éprouve une autre passion, le plaisir d'agir quand la décision est adaptée aux circonstances et à sa morale. De quelle morale parlons-nous ? Le deuxième niveau de morale décrit par Hare fait la preuve qu'il y a une première lecture d'une situation, un premier degré, mais qu'il existe un degré supérieur d'analyse d'une situation. On pourrait faire à cet endroit l'éloge de la lenteur, parce que souvent, dans le feu de l'action nous gardons présent le but à atteindre, et perdons pied à la moindre contrariété. La passion mise dans l'action gomme le sens des proportions.

[...] nous pouvons remarquer que, même si dans un cas comme dans l'autre, il nous arrive de mépriser en elle-même la fin que nous poursuivons, toutefois dans le feu de l'action, nous acquérons une telle attention à cette fin que nous souffrons de toute déconvenue et sommes aussi navrés de manquer le gibier que de tomber dans un paralogisme²⁵⁵.

Si nous ralentissons, nous prenons ce temps de la réflexion pour émettre un jugement plus objectif sur l'état de l'autre, une meilleure compréhension de ses demandes. La décision de l'action ressemble alors à un accord, une reconnaissance, une confiance. Donnons un exemple : si un enfant nous aide à ranger la vaisselle et qu'il casse un verre, la première réaction est de lui interdire de toucher aux verres ; mais si nous réfléchissons un peu, l'enfant est plus important que le verre et il faut tout de suite lui en redonner un autre pour

²⁵⁵ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 304.

qu'il apprenne à manipuler un verre sans le casser. Il se crée dans cette relation un climat de réciprocité lié à la reconnaissance et à la confiance.

Un dernier aspect de la prise en charge montre que les personnes hospitalisées sont respectées en tant qu'homme ou femme malades mais (autant que possible) pas en tant que chef d'entreprise, député ou chômeur. Pour rester très vigilant à cet égard, le soignant garde à l'esprit la déontologie de sa profession. En France à peu près tout le monde a accès aux soins :

Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible²⁵⁶

Hare propose de traiter l'autre comme un individu mais *surtout* comme nous souhaiterions être traité si nous étions à sa place avec nos préférences et nos caractéristiques : « *his personal characteristics and preferences* », c'est-à-dire nos valeurs et nos objectifs : « *And we see also how in principle unanimity can be reached by our method of reasoning, once each fully represents to himself the situation of the other* »²⁵⁷. C'est totalement différent de *se mettre à la place du malade*. Voilà comment nous voudrions être soignée si nous étions malade et pour ne pas transférer nos propres peurs vers le malade en imaginant ce dont il a besoin. La Règle d'or est universelle : « ne fais pas aux autres ce

²⁵⁶ Loi Kouchner, Droits des malades et qualité du système de santé, « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 ».

²⁵⁷ R. M. Hare, *Moral Thinking : Its Levels, Method, and Point* (Oxford : New York : Clarendon Press ; Oxford University Press, 1981), Chapitre 6, p. 111, [6.2] : « Et nous voyons aussi comment, en principe, l'unanimité peut être atteinte par notre méthode de raisonnement, une fois que chacun se représente pleinement la situation de l'autre. »

que tu n'aimerais pas qu'on te fasse ». Le soignant ne pratique pas la charité. Par l'imagination il peut réfléchir à ce qu'il aimerait recevoir en tant que patient de la part du soignant ce qui lui permet d'identifier les gestes ou attitudes bienveillantes ou malveillantes. « La sympathie, [...], n'étant rien d'autre que la conversion d'une idée en une impression par la force de l'imagination »²⁵⁸. Le danger permanent est de transférer ses propres désirs à la place de ceux du patient. Nous avons vu que l'imagination est mauvaise conseillère car elle crée des représentations fallacieuses, elle déforme la réalité et peut aggraver le sentiment de crainte par un excès de probabilité d'échec non fondé. Alors si nous essayons d'imaginer ce que nous souhaiterions en occupant la place du malade, nous ne prenons pas sa place, nous retrouvons le raisonnement de Diderot, nous agissons en endossant tout le rôle proposé au soignant et en évitant l'intervention de la personne privée du professionnel de santé. Cette réflexion porte l'essence du détachement, celui qui va aider à imaginer les valeurs et les émotions du patient. L'homme travaille son rôle, se débarrasse de tout ce qui représente sa personne privée pour s'imprégner de celui qu'il va jouer et *il rentre dans son personnage* : il coupe les liens avec sa réalité, pour entrer dans une forme de fiction. Il se détache de sa vie privée, pour s'attacher un temps, aux passions d'un autre. Il devra couper à nouveau ces liens pour reprendre le cours de sa vie. « Tout a été mesuré, combiné, appris, ordonné dans sa tête »²⁵⁹.

Nous forçons sciemment le trait de cette rupture totale entre une vie privée et une vie professionnelle, pour montrer le jeu de rôles que chacun met en scène au cours de sa vie. Mais nous estimons qu'il existe une porosité entre ces différentes *vies*. « Il (le comédien) va sans cesse puiser dans le fond inépuisable de la nature [...] »²⁶⁰. Nous ne sommes pas

²⁵⁸ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 276.

²⁵⁹ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 12.

²⁶⁰ *Ibid.*, pp. 12-13.

schizophrènes, car nous formons un tout cohérent, une entité. Les émotions attachées à notre vie privée transpirent dans nos activités professionnelles. Par ailleurs notre profession est encadrée par des textes de loi²⁶¹, la morale privée de chacun, la déontologie médicale et paramédicale et l'éthique. La mise en œuvre du détachement au quotidien ouvre une possibilité d'harmoniser le flux des passions, la loi, la morale et l'éthique par le regard objectif qu'il porte sur nos passions. Elles restent le moteur de l'esprit mais le détachement va permettre à ce moteur de ne pas s'emballer.

Nous ne pouvons pas clore ce chapitre sur la relation comptable sans parler du rapport de l'argent et de la santé, celui de devoir faire un choix parfois entre soigner et dépenser. « La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ! ». Est-ce trivial de parler d'argent dans une telle relation ? Non car il y a des liens d'une autre nature que affectifs : il s'agit de liens émanant d'un contrat signé entre deux parties. Entre un soignant et un patient, il existe une forme de contrat tacite. Cette notion de contrat est fondamentale pour travailler sur tous les aspects de cette relation. Aucun malade en France n'a fait un chèque de cent mille euros pour son séjour en réanimation. Personne n'imagine le prix d'une journée à l'hôpital. Heureusement, de nos jours chaque patient reçoit sa facture, certes acquittée, de son hospitalisation. C'est une démarche citoyenne qui rapproche encore un peu plus le soigné de son statut de personne civile. S'il est informé du prix de sa pathologie, cela lui permet de prendre du recul par rapport à sa souffrance, une autre dimension lui permet d'aborder sa santé. Il ne doit pas être culpabilisé par ce prix exorbitant, car il permet toute une économie, recherche scientifique, médicamenteuse, technique, biologique et robotique pour ne citer que celles-ci. Cela équilibre la relation et permet de dépasser la notion de *coûter* de l'argent quand on est malade et d'être payé *grâce* à la souffrance des

²⁶¹ Loi Kouchner, Droits des malades et qualité du système de santé, « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 », par exemple.

autres. Le soignant touche un salaire pour une mission qui lui incombe et qu'il est tenu d'exécuter ; le soigné paie son hospitalisation, sa chambre et tous les actes qui lui sont prodigués, c'est sa maladie qui rapporte de l'argent pas lui en tant qu'individu. Imaginons que le soignant ne soit plus payé, il ne viendra plus travailler ou s'il vient il est alors un bénévole et son statut change. Sa place n'est plus la même et il ne dépend plus de la même réglementation. Donc il est soignant et a une place légitime à l'hôpital parce qu'il est payé. Pour le soigné nous parlons de ses besoins mais aussi de sa contribution à l'effort car sans le savoir, il participe à l'effort d'économie présent à l'hôpital en bénéficiant ou non d'un examen et/ou d'un traitement. Les utilitaristes pèsent toutes les données pour satisfaire le bien-être du plus grand nombre. Ils calculent les conséquences probables de la décision prise. Comme dans l'exemple que donne le philosophe avec le cordonnier et le bâtisseur²⁶², les soins sont commensurables. Il faut une sorte d'étalon pour mesurer et donner sa valeur au soin, pour évaluer les bénéfices et les risques face à tel ou tel traitement. Il faut alors commencer par regarder ce que l'équipe propose en dehors de *l'offre* de soins, car elle donne bien au-delà des soins techniques : leur disponibilité, leur écoute, leur attention portée à l'autre, bref, tout ce qui qualifie une relation. Mais également la monnaie rend *tout commensurable* (Aristote). Il y a échange d'argent (instaurer par la loi *nomos* et non par la nature) entre gens de différentes formations et le monde des soignants n'y échappe pas. Mais

L'assurance d'avoir ce dont on aura besoin le cas échéant se trouve dans la monnaie qui est une sorte de garantie à notre disposition, car on doit, si l'on apporte de l'argent, pouvoir en retirer quelque chose²⁶³.

²⁶² Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Ch. V [1132 b 30 – 1133 a 8] - [1133 a 21-31] : « Le bâtisseur évalue le nombre de paires de chaussures qu'il faut pour acheter la maison qu'il construit ».

²⁶³ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. V [1133 b 9-21].

Le patient peut revendiquer une position non plus de soumission mais de créancier vis à vis de l'équipe soignante ; le prix est fixé et cela donne toujours une notion d'échange, car au fond si l'état cessait de payer les soignants ils ne viendraient plus travailler mais les patients continueraient d'affluer. Donc en France, où tout le monde peut être soigné, c'est peut-être le soignant qui, dans cet échange, dépend d'une instance, là où le malade vient *quand il veut*. L'éthique remet chaque fois que nécessaire, l'aspect de la finance publique dans la discussion. Ceci se rapproche de la thèse utilitariste où il faut toujours réfléchir au bien-être du plus grand nombre. Si la justice protège les plus vulnérables contre les plus forts, le malade est un parmi tous les autres. L'argent public doit aussi être réparti entre tous. Donc la pensée utilitariste sert la réflexion médicale à tout moment par le calcul de probabilité effectué pour chaque cas : bénéfices/risques, en essayant de rester juste et de respecter l'autonomie de chacun. Jean-Pierre Cléro souligne dans ces lignes qu'il faut tout tenter pour soigner les malades mais,

Face à un malade en soins palliatifs, il est important de mesurer l'intérêt médical et humain pour savoir arrêter un traitement lourd et onéreux à quelqu'un dont l'état de santé s'aggrave et que l'on sait la partie perdue²⁶⁴.

Le soigné pourrait ne pas payer. En France la CMU (couverture maladie universelle) prend en charge tous les soins effectués aux nécessiteux. Mais l'État doit faire en sorte que ces personnes reprennent pied rapidement dans la société et puissent ainsi à nouveau payer leurs soins. Si elles paient pour être soignées, elles sont dans un rôle de consommateur, donc elles sont en droit de donner leur avis sur ce qu'elles consomment, alors qu'elles n'y connaissent rien. Quand nous confions notre voiture à un garagiste, nous pouvons juger d'après l'état de la voiture si nous sommes satisfaites ou non ; le contrat

²⁶⁴ Jean-Pierre Cléro, *La proportionnalité en éthique des soins*, Colloque Brest, septembre 2015.

qu'il y a entre lui et nous est que la voiture doit être réparée et donc rouler à nouveau. Le patient nourrit le même objectif pour sa santé. Il confie son corps malade, souffrant, dépendant pour que l'équipe médicale travaille à améliorer son état. S'il sort en moins bonne santé qu'à son admission, ou qu'il tombe à nouveau rapidement malade, il est en droit de se plaindre. Le fait qu'il paye légitime sa plainte éventuelle. Ce concept de contrat est une dimension nouvelle qui libère le malade de son rapport au médecin qui jadis était plus fondé sur l'obéissance à un docteur bienveillant et paternaliste.

Nous avons articulé les passions avec le concept du détachement, appliqué cette articulation à l'éthique utilitariste pour la confronter au besoin de décision que rencontre le soignant. La place du théâtre est venue illustrer le rôle de chacun dans le dialogue qui nous intéresse pour parvenir à la notion d'habitude et de routine. Alors nous avons commencé à dégager quelques pistes qui intéressent directement le détachement et pour travailler entre l'excellence et le désir de compassion qui habite tout soignant. Nous ouvrons le chapitre suivant avec le livre de Beauchamp et Childress sur la bioéthique. Le détachement ainsi confronté à des principes éthiques peut maintenant s'imposer comme principe éthique.

CHAPITRE IV

Le détachement s'impose comme principe éthique

L'exigence éthique est précisément liée à ce fait que les positions les plus morales entreraient facilement en conflit les unes avec les autres si une instance supérieure n'était instaurée pour régler leurs différends. Le droit, qui marque cette instance, sait remarquablement renoncer partiellement à lui-même pour doter l'éthique de l'autorité nécessaire et même, dans une certaine mesure, du pouvoir de le remplacer en des tâches qu'il ne pourrait pas régler lui-même. C'est ainsi que les éthiques modernes sont essentiellement des éthiques appliquées à des professions et à des fonctions particulières²⁶⁵.

Cette citation insiste sur la place laissée à l'éthique par la loi. Cléro explique que, lors de délibérations, les morales propres à chacun sont à l'origine de conflits sans fin, surtout dans le domaine du soin, et responsables de l'impossibilité de trouver un accord en vue d'une action. Alors la loi impose sa force pour jouer le rôle de l'arbitre impartial, mais s'appliquant à tous, elle *se renonce* à elle-même pour laisser à l'éthique le soin de régler les affaires des particuliers. Avant de composer sur la place de l'éthique à l'hôpital de nos jours, nous allons commencer par un bref historique.

IV.1 L'éthique médicale appliquée

L'éthique clinique touche toutes les décisions, incertitudes, conflits de valeurs et dilemmes auxquels les médecins et les équipes médicales sont confrontés

²⁶⁵ Jean-Pierre Cléro, « L'utilitarisme est-il une éthique acceptable ? », *Revue d'études benthamiennes*, n° 9 (15 septembre 2011), <https://doi.org/10.4000/etudes-benthamiennes.464>.

au chevet du patient, en cabinet de consultation ou en clinique et même au domicile²⁶⁶

Comment l'éthique, présente durant l'antiquité, est-elle redevenue à la *mode* ? À l'époque de la Grèce Antique, la philosophie était une manière de vivre en quête de bonheur. Pour Platon et Aristote l'éthique et la philosophie sont à la fois pensée et action ; Héraclite (philosophe de la fin du VI^e av. J.C) voyait dans l'éthos « la manière, pour l'homme d'habiter le monde ». Le terme d'éthique, d'après *L'Oxford English Dictionary*, était utilisé au XIV^e siècle et au XVI^e siècle. Au XVIII^e siècle, Jeremy Bentham emploie ce terme dans ses ouvrages. Ce sont les découvertes au XX^e siècle dans le domaine de la biotechnologie qui ont entraîné la naissance de la bioéthique en médecine pour évaluer la portée de ces avancées sur le genre humain. « Éthique comme perfectionnement moral dans le théâtre de l'activité humaine »²⁶⁷. Martha Nussbaum compare l'activité humaine à un théâtre où chacun doit répéter en vue d'améliorer sa morale personnelle, morale qui se différencie de l'éthique bien qu'à l'origine ces deux termes soient synonymes : la morale (latin : *mores*) et l'éthique (grec *ethos*) signifient tous les deux mœurs, coutumes ou habitudes de vie. Ce sont :

Les crimes nazis perpétrés durant la deuxième guerre mondiale qui ont provoqué le besoin de créer le code de Nuremberg (1947) suivi de la Déclaration d'Helsinki (1964) par l'Association médicale mondiale pour protéger l'être humain et qu'aucune recherche clinique ne porte atteinte au bien-être de la personne. Aux États-Unis le 12 juillet 1974 le Président Nixon signe l'acte de constitution de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. En 1979 Beauchamp et Childress publient leur ouvrage *Principles of Biomedical*

²⁶⁶ David J. Roy, John R. Williams, Bernard M. Dickens, Jean-Louis Baudoin, *La bioéthique : ses fondements et ses controverses*, (Saint-Laurent, Québec, Ed. du renouveau pédagogique), 1995.

²⁶⁷ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 469.

Ethics. Ils proposent une analyse des principes éthiques pour aider à prendre des décisions touchant à la bioéthique. Les premières lois paraîtront en France en 1994²⁶⁸.

En 1983 en France, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) pour les Sciences de la Vie et de la Santé fait son apparition. L'éthique applique des : « Normes et des théories générales à des problèmes et à des contextes particuliers »²⁶⁹. Après l'épidémie du SIDA la déclaration d'Helsinki est modifiée à Édinburgh sur la notion de consentement et de droit individuel des pays du Sud.

De nos jours le mot d'*ethos* est souvent employé pour parler de points de vue propres à une profession ou à un groupe social. Si la morale est la représentation du bien et du mal et concerne la sphère privée, l'éthique est la recherche du bien parmi des avis tous dirigés vers le bien. Le soignant aurait à construire une morale adaptée à son rôle de soignant dans le cadre de l'éthique médicale²⁷⁰, pour remplir sa mission avec discernement et compétence. Dans ce travail nous nous intéressons à l'éthique appliquée à nos actions portant sur le soin et donc appliquée au monde des soignants pour les patients. L'éthique

²⁶⁸ Définition : « Bioéthique : une approche historique, Découvertes scientifiques, évolutions de la société, travaux législatifs (juillet 2000) », Assemblée nationale, 2000, www.assemblee-nationale.fr/121/dossiers/bioethique-2-asp.

Loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain ;

Loi n° 94-6545 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

²⁶⁹ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 13.

²⁷⁰ « Définition éthique médicale », Le Larousse, consulté le 24 mars 2020, <https://www.larousse.fr/encyclopedie/> : « Ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients. L'éthique médicale, nécessairement complexe, participe à la fois de la déontologie (ensemble des règles internes à une profession), de la morale et de la science.

contemporaine couvre des domaines aussi variés que nombreux. Si en médecine elle n'est pas une recherche du bonheur, elle devient plutôt une quête de la bonne décision en rapport avec la définition de la santé proposée par l'OMS en 1946 : « un état complet de bien-être physique, mental et social de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ». L'éthique propose de s'interroger sur les valeurs morales et les principes moraux qui orientent nos actions, dans le but d'agir conformément à ceux-ci en répondant à cette recherche individuelle du bien-être décrite dans la définition de l'OMS.

De nos jours, et pour aider le personnel médical et paramédical dans la prise de décision, des comités d'éthique médicale sont créés dans les hôpitaux, des comités d'éthique qui, s'ils n'ont pas de pouvoir de décision, servent à être consultés pour clarifier une situation, prendre du recul en face d'un cas complexe et participer à l'élaboration de lois éthiques²⁷¹. Par exemple, en Normandie il existe l'Espace de Réflexion Éthique de Normandie (EREN), espace existant dans chaque région de France. Ces espaces consultés chaque année lors d'états généraux permettent de faire remonter au niveau national la conclusion des discussions régionales. Le législateur, informé de ses données, travaille à élaborer des lois sur la bioéthique pour tenter d'articuler les progrès scientifiques avec la demande pressante de la société. L'éthique serait cette discipline qui se glisse entre la loi et la morale²⁷². Par exemple lors d'une transplantation cardiaque le choix du futur transplanté est très délicat car il y a toujours beaucoup plus de receveurs que de donneurs et qu'une

²⁷¹ Doris Bonnet, « L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? », *Autrepart* 28, n° 4 (2003) : 5-19, <https://doi.org/10.3917/autr.028.0005> : « Un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect de valeurs jugées plus hautes que la liberté du chercheur » Supiot, 2001 : 94.

²⁷² Lazare Benaroyo, *L'émergence de l'éthique*, 19 mai 2014, [Ttps://www.espace-ethique.org/ressources/article/lemergence-de-le-bioethique](https://www.espace-ethique.org/ressources/article/lemergence-de-le-bioethique), « L'application des technologies modernes aux divers champs de l'activité médicale a confronté les médecins et les chercheurs à des conflits et des dilemmes éthiques inédits qui mettaient en jeu leurs responsabilités éthiques face aux nouvelles possibilités d'intervention sur le vivant. La conception traditionnelle de la responsabilité médicale semblait alors inadaptée à ces nouveaux défis ».

greffe n'est possible que si et seulement si quelqu'un de *jeune et en bonne santé* meurt et *donne* son cœur. Si nous avons le droit de transplanter un organe à quelqu'un, moralement nous devons choisir le *meilleur* candidat. L'éthique utilise des indicateurs rangés par catégories pour objectiver la décision (l'âge, les situation médicale et familiale, etc..). Celle-ci répondra à l'un des principes décrits par Beauchamp et Childress.

Même si l'éthique médicale tend à mettre en place, voire à dicter, des normes et des standards internationaux de « bonnes pratiques » et même si elle s'inscrit aujourd'hui dans la perspective de la protection des Droits de l'homme [Lozano, 2001], elle ne relève pas du droit mais plutôt de la morale. [...]. Elle ouvre ainsi une réflexion sur la prise de décision par rapport à la gestion des risques, sur la notion de responsabilité, sur la place du sujet et de la subjectivité dans la recherche médicale et sur l'appréhension des groupes vulnérables et marginaux dans un modèle global universalisant²⁷³.

Alors comment être sûr de choisir le *bon candidat* quand deux personnes sont compatibles avec le même greffon ? Il n'y a jamais de certitude, nous pouvons penser que c'était le meilleur choix avec le recul des suites opératoires, mais rien, jamais ne peut définitivement nous conforter dans notre décision. *A contrario*, un soignant moralement opposé aux greffes ne peut pas exercer dans un service où se déroulent ces pratiques.

Ces progrès scientifiques et politiques sont donc à l'origine de réflexions éthiques passionnées et nécessaires parce que soigner, guérir, soulager ou aider à mourir soulèvent des questions dans toutes les spécialités médicales et pour toutes les catégories de soignants. Comment, tout en respectant la loi, les codes de déontologie et les règlements en vigueur, allons-nous décider et agir ? Nous portons une double casquette : celle de soigner (pratiquer des actes techniques) et améliorer un état de santé, et celle de prendre

²⁷³ Doris Bonnet, « L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? », *Autrepart* 28, n° 4 (2003) : 5-19, <https://doi.org/10.3917 /autr.028.0005>, pp. 5-19.

soin et d'aider à retrouver une forme de bien-être. Dans les deux cas l'éthique trouve sa place car les soins techniques sont variés au regard d'une maladie et souvent plusieurs traitements sont possibles, et prendre soin est se soucier de l'autre pour qu'il ne perde pas pied : les attitudes des soignants peuvent être tour à tour, adaptées ou très délétères à la fois pour le malade et pour le soignant. Il y a aussi un choix éthique lié aux valeurs et aux croyances du patient, à sa conception du bonheur et du bien-être.

En 1973 Tom L. Beauchamp et James Childress publient *Les principes de l'éthique biomédicale*. Ils y analysent des questions éthiques liées à la relation de soin et au monde de la santé. Ils dégagent ainsi quatre principes : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Ils définissent ainsi l'éthique : « C'est un terme générique qui désigne plusieurs façons de comprendre et d'examiner la vie morale »²⁷⁴.

Appliquer ce concept à l'éthique médicale revient à analyser une situation pour examiner toutes ses facettes. Il faut tenir compte des circonstances de la survenue du problème : chaque point de vue déontologique et moral est écouté et peut être pris en compte. La difficulté est de faire jouer deux, voire trois principes ensemble car chaque nouveau principe invoqué déséquilibre fortement le précédent. Si nous favorisons, par exemple, le principe d'autonomie ce peut être au détriment du principe de justice, ou celui de bienfaisance contre celui d'autonomie.

La valeur attribuée aux émotions et aux sentiments, à la fois comme parties d'un caractère vertueux et comme source d'information sur les actions justes²⁷⁵.

²⁷⁴ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 13.

²⁷⁵ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 469.

Pour Beauchamp et Childress, il convient de ne pas se soustraire aux émotions ni aux sentiments, car ils ont une valeur. Émotions et sentiments seront écoutés et examinés pour nous guider, nous donner des pistes de réflexion car ils participent à l'élaboration d'un caractère visant le bien.

Notre but est de construire une conception du respect de l'autonomie qui ne soit pas excessivement individualiste [...], qui ne repose pas sur la raison de façon excessive (négligeant les émotions)²⁷⁶.

Ils nous informent sur les actions adaptées à la personne, au bon moment et de la bonne manière, des actions justes. Mais si nous connaissons le langage de la morale, la difficulté avec l'éthique réside dans son absence de vocabulaire propre. Elle se différencie mal de la morale et lui emprunte la plupart du temps son langage. Cependant elle se détache de la morale par l'analyse des données et des conséquences de l'action mais surtout par son absence de toute radicalité²⁷⁷.

Il existe différentes éthiques certaines versées vers une morale utilitariste, téléologique et conséquentialiste (Bentham ou Hume), d'autres déontologiques ou centrées sur la bonne volonté (Kant), quand certaines s'approchent de l'éthique des vertus (Aristote, Beauchamp et Childress, Nussbaum). L'intérêt de cette diversité est de confronter ces différents points de vue, car comme nous allons le voir, elles s'adaptent tour à tour aux situations hospitalières et, surtout, ces éthiques peuvent se répondre et se nourrir les unes avec les autres : si parfois il est scabreux de les confronter, il est intéressant lors de discussions de vérifier que toutes les solutions ont été examinées pour finir par prendre

²⁷⁶ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 91.

²⁷⁷ Bernard Goiffon, « Pourquoi avons-nous besoin d'être aimé ? », *Philosophie Magazine*, août 2018. Charles Pépin, : « L'éthique essaie de recommander, la morale voudrait commander. Vouloir être moral, c'est chercher à faire le Bien. Le souci éthique, c'est essayer de faire au mieux. », p. 8.

une décision et lancer une action ; Ludwig Wittgenstein écrit : « Il n'y a pas de propositions éthiques il n'y a que des actes éthiques »²⁷⁸. Cette phrase met en lumière la distinction entre les propositions et l'action. Lors de la discussion autour d'un dossier de patient en vue d'une prise de décision la parole est libre et toutes propositions entendables. C'est la décision et donc l'action qui en résulte qui doit être éthique et respecter au moins un principe.

²⁷⁸ Ludwig Wittgenstein et Paul Engelmann, *Lettres, rencontres, souvenirs*, trad. par François Latraverse, Philosophie imaginaire (Paris : L'Éclat, 2010), p. 161.

IV.2 Les principes éthiques

Les principes d'autonomie et de justice peuvent être considérés comme étant plutôt d'origine déontologique étant donné que quelles que soient les conséquences de l'acte médical, il est considéré comme étant du devoir du médecin ou du soignant de respecter l'autonomie du patient et de répondre à une certaine exigence de justice dans la manière de prodiguer les soins et les traitements. En revanche, la non-malfaisance et la bienfaisance relèvent plutôt du conséquentialisme dans la mesure où ils invitent à se soucier des effets de l'acte effectué sur la vie et la qualité de vie du patient²⁷⁹.

Nous allons aborder la théorie de Beauchamp et Childress dans leur ouvrage *les principes de l'éthique biomédicale*²⁸⁰ qui tient lieu de référence quand nous abordons le sujet de l'éthique médicale et la dimension donnée aux vertus. Cette théorie est appelée principlisme car elle s'appuie sur les quatre principes cités plus haut. Elle ressort de la philosophie conséquentialiste ou utilitariste par la réflexion qu'elle tient sur le calcul bénéfices-risques à propos de la non-malfaisance par exemple et déontologique par l'idée de l'intention de l'action comme le décrit Kant. Nous préciserons le sens donné à ces principes pour mettre l'accent sur l'autonomie qui semble être le principe le mieux mis en valeur par le détachement. Mais dans un premier temps, examinons les pratiques soignantes pour évaluer leurs liens possibles avec les principes éthiques.

²⁷⁹ Éric Delassus, « Analyse critique du principlisme en éthique biomédicale », hal-01486803, version1, *Sciences de l'homme et Société/Philosophie*, 10 mars 2017.

²⁸⁰ Pierre Le Coz « Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale », *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*. 2009 ; 12(6), pp. 383-390, « Ces quatre principes formels ne constituent pas une théorie, mais un cadre méthodologique qui facilite la résolution concrète des dilemmes moraux. Sorte de plate-forme éthique commune à tous les acteurs de la discussion au sein de l'équipe, ils servent de fil conducteur à la délibération. »

IV.2.1 Les pratiques des soignants et les principes de Beauchamp et Childress

IV.2.1.1 Quelques pratiques quotidiennes à l'hôpital

Le fait que les quatre groupes de « principes » moraux soient centraux dans l'éthique biomédicale est la conclusion à laquelle nous sommes parvenus en étudiant les jugements moraux bien pesés et la façon dont les convictions morales se coordonnent entre elles²⁸¹.

Quelques exemples vont aider à illustrer notre propos. Premier exemple : un(e) infirmier(ère) rentre dans la chambre d'une malade et lui annonce en coup de vent que celle-ci, finalement, ne sort pas cet après-midi et quitte la chambre aussi vite qu'elle est rentrée en la laissant seule avec cette déception, car la veille l'interne lui avait annoncé qu'elle sortait. La patiente ressent une double humiliation : celle d'avoir été informée sans ménagement, à la va-vite et la peur de savoir pourquoi elle ne peut pas sortir. Elle imagine qu'elle a sûrement quelque chose qui s'est aggravé depuis la veille, mais elle ne sait pas quoi et elle n'a pas eu le temps de poser la question. Elle reste donc seule avec sa déception et son angoisse. Le soignant a donné l'information, il *a fait le job* rien ne peut lui être reproché mais la malade a été maltraitée.

Deuxième exemple : un(e) interne ausculte un patient sans lui avoir laissé le temps de poser son livre ni expliquer le pourquoi de ce geste. Il n'y a pas de douleur à être ausculté mais de l'offense et même de l'humiliation à être laissé abandonné, débraillé en se demandant pourquoi ce soignant a senti la nécessité d'une nouvelle auscultation.

Troisième exemple : les soignants parlent parfois de leur vie personnelle tout en manipulant un malade. Celui-ci se sent réduit à l'état de choses qu'on manipule, lave,

²⁸¹ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), pp. 30-31.

soigne ; certes les gestes sont ceux de professionnels mais leur attitude est malfaisante au sens où elles font du mal au patient en ne le considérant pas comme ayant lui aussi quelque chose à raconter.

Enfin dernier exemple : la loi interdit l'insulte, la morale l'offense. Et pourtant l'offense court partout où plusieurs personnes vivent ensemble. Combien de fois avons-nous vu ce groupe de soignants pénétrer dans une chambre de patient et parler de lui à la troisième personne en lui tournant le dos dans un langage qu'il ne comprend pas ? Le patient souffre de cette désinvolture, de ce mépris ou de cette arrogance de certains membres de l'équipe soignante. Ces attitudes relèvent de l'insulte et dans le même temps ce patient n'a pas le droit d'insulter les soignants par des phrases blessantes et heureusement.

Ces exemples se produisent tous les jours dans tous les services de l'hôpital. Personne ne songe à faire du mal, personne (en général) ne tape les malades, mais nous ne réfléchissons pas assez à la conséquence de ces gestes et de ces paroles. Si l'intention de l'action est louable, sa mise en œuvre peut être discutable parce que les conséquences de ces attitudes ne sont pas évaluées. La question de la non-malfaisance, qui est le minimum exigé pour un soignant (*non nocere*) en principe, est une question fondamentale. Un principe est ce qui est à l'origine d'une action, son intention. Regardons les quatre principes de Beauchamp et Childress en nous appuyant sur ce quotidien hospitalier.

IV.2.1.2 Les principes de Beauchamp et Childress

Les obligations de non-malfaisance ne sont pas uniquement des obligations de ne pas faire de mal ; elles incluent également des obligations de ne pas imposer de risques de causer du mal. Une personne peut faire du mal à une autre personne ou mettre quelqu'un dans une situation à risques sans intentions malveillantes ou intentions de nuire, et l'agent peut être ou ne pas être moralement ou légalement responsable de ce mal. Dans certains cas, les individus sont causalement responsables du mal quand ils n'ont pas l'intention ou ne sont pas conscients du mal causé²⁸².

Dans les exemples ci-dessus les attitudes sont difficiles à condamner parce qu'elles obéissent à la vie d'un service où les professionnels de santé cherchent à être efficaces tout de suite pour soigner au mieux. Aucun de ces acteurs n'a l'intention de causer du mal aux patients. Mais en entrant ou sortant trop vite d'une chambre, en bavardant avec nos collègues nous ne réalisons pas toujours que nous heurtons la sensibilité fragile d'un patient. L'interne peut se demander si ausculter quelqu'un quand on vient de distribuer les repas est une bonne idée. Peut-il attendre un peu ? Essayer de modifier l'heure des collations pour les soignés peut satisfaire le sentiment d'appartenir encore à la communauté des hommes car dîner à 18 heures participe à un rythme de vie étrange.

Beauchamp et Childress parlent du principe de non malfaisance pour signifier que toutes nos actions, aussi banales soient-elles, doivent avoir comme raison première de ne pas nuire au patient. Ils emploient des verbes d'action forts de sens : tels que ne pas : tuer, faire souffrir etc... Ricoeur défend l'idée que :

²⁸² Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris, Les Belles Lettres, 2008), p. 174.

La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire²⁸³.

Épictète dirait qu'il ne faut pas souffrir, ne pas se laisser envahir par nos passions car la santé ne dépend pas de nous. La sagesse stoïcienne permet de repérer la capacité à agir sur la souffrance, si elle nous concerne, sinon elle aide à retrouver son calme pour penser à autre chose. On ne peut pas demander à un patient d'être *un sage* mais nous pouvons peut-être provoquer un espace de réflexion où il pourra se reprendre et se retrouver un peu. Nous pouvons, nous soignants, l'aider à travailler sur cette part d'imaginaire qu'il cultive et qui provoque ses angoisses.

Si nous nous concentrons sur cette réflexion, nous découvrons que l'intention de l'action comme d'ausculter une patiente, est souvent louable mais que l'effet produit heurte cette personne. Aucun soignant ne peut avoir comme seul objectif d'arriver au bout de la liste des soins à exécuter pendant son temps de travail. S'il est impossible de ne jamais faire souffrir un patient du seul fait du traitement à lui appliquer comme un pansement ou une injection, il est envisageable de réfléchir à nos habitudes pour repérer toutes les souffrances inutilement infligées. Dans l'exemple d'une amputation on fait ce qui est bien pour le patient, quelque chose de positif dans son intérêt et cela pour deux raisons : si le patient n'est pas amputé il va mourir de septicémie, donc on lui sauve la vie, et une fois opéré, l'équipe le suit et le transfère dans un service adapté à sa condition où quelqu'un s'emploiera à le rééduquer pour l'accompagner sur le chemin de la réadaptation. L'équipe

²⁸³ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 223.

a évité la mort au patient puis à travailler dans son intérêt, principe de non-malfaisance puis de bienfaisance.

« Et elles (les lois) imposent aux hommes bien d'autres devoirs de bienfaisance »²⁸⁴. La loi qui impose que nous ne laissions jamais un individu dans la difficulté se veut bienfaisante. Secourir quelqu'un en danger est de l'ordre de la spontanéité et une obligation légale : la loi oblige chaque citoyen à porter secours ou il risque d'être poursuivi pour « non-assistance à personne en danger ». Si la loi nous contraint à secourir notre prochain, la morale nous exhorte à « ce que nous contribuons à leur bien-être ²⁸⁵ ». Nous sommes dans une approche près de la morale de Kant par l'aspect déontologique de l'action, *un traitement respectueux envers les personnes, en tant que fins en elles-mêmes*. Les soignants ont la chance de devoir et de pouvoir adoucir cette misère tant du point de vue cognitif qu'affectif, et ce peut être assimilé à du plaisir. Le bon samaritain dans la Bible partage ses biens avec un homme plus misérable que lui²⁸⁶.

Certains individus sont très demandeurs de message et de gestes de bienfaisance mais nous ne devons pas basculer dans une attitude paternaliste. « Une éthique qui ne serait fondée que sur la compassion serait quelque chose de très suspect »²⁸⁷. Il faudra sans doute privilégier la piste de l'autonomie même si le patient n'apprécie pas toujours dans certains cas.

La compassion livrée à elle-même, si elle n'est pas éclairée par la raison, est indéniablement dangereuse. En effet l'impulsion généreuse, mais déconnectée de toute réflexion sur les moyens appropriés à la situation ou

²⁸⁴ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 132.

²⁸⁵ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris, Les Belles Lettres, 2008), p. 239.

²⁸⁶ Ostervald, *La Sainte Bible*, 1ère édition 1904 (Nabu Press, 2013), Luc III, verset 30-35.

²⁸⁷ Hans Jonas, *Une Éthique pour la nature*, éd. par Wolfgang Schneider, trad. par Sylvie Courtine-Denamy, *Midrash Essais* (Paris : Desclée de Brouwer, 2000), p. 108.

flottant dans l'indépendance de toute norme morale, peut s'avérer plus désastreuse que l'indifférence. (Comme dans la fable de La Fontaine, l'ours peut tuer stupidement son ami le jardinier en lançant une grosse pierre sur son visage dans le but de tuer la mouche qui perturbait son sommeil)²⁸⁸.

Ceci distingue la bienveillance de la bienfaisance. Le Coz écrit à propos de la bienfaisance, qu'elle « n'est pas une contagion affective qui confond la souffrance avec la sienne »²⁸⁹. L'émotion première peut déformer notre jugement. C'est se précipiter sur la route au secours des accidentés sans prendre le temps de mettre sa famille en sécurité. C'est être plus bienfaisante avec un enfant qu'avec une vieille personne, et même sentir que nous pouvons compter sur « l'empathie de la collectivité »²⁹⁰. L'émotion de voir quelqu'un en souffrance procure un sentiment de pitié pour cette personne, sentiment archaïque décrit par Rousseau : « La pitié est un sentiment naturel [...]. C'est elle qui nous porte sans réflexion au secours de ceux que nous voyons souffrir »²⁹¹. Parce que vouloir du bien à quelqu'un ne suffit pas pour lui en *faire* réellement.

Par exemple, pour les Stoïciens, je ne peux aider vraiment d'autres personnes prises dans des situations de détresse que si je me suis construit une âme ferme et solide. Car autrement, je me trouve submergé par l'émotion et incapable d'accomplir les actes adéquats²⁹².

Si nous essayons par l'imagination, comme l'exprime Pierre Le Coz :

²⁸⁸ Jacques Ricot, *Du bon usage de la compassion*, 1re édition, Care studies (Paris : PUF, 2013), p. 49.

²⁸⁹ Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers* N° 89, n° 2 (2007) : p. 15, <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0015>. Consulté le 7 décembre 2018.

²⁹⁰ Pierre Le Coz, « L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital », *Revue de philosophie économique* 10, n° 1 (2009) : 35, <https://doi.org/10.3917/rpec.101.0035>.

²⁹¹ Jean-Jacques Rousseau, *Discours sur les sciences et les arts Discours sur l'origine de l'inégalité. Chronologie et introduction par Jacques Roger*. (Paris : Flammarion, 1971), p. 124.

²⁹² Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers* N° 89, n° 2 (2007) : p. 16, <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0015>.

[de] ressentir ce que sent le patient pour trouver ce qui lui ferait le plus de bien, il y a des chances pour que notre imagination imagine ce qui nous ferait du bien à nous et non à lui²⁹³.

On se représente sa souffrance, on imagine ce qui pourrait le soulager. Mais il est le mieux placé pour nous le dire s'il le peut. « La vraie compassion est pudique, silencieuse et secrète »²⁹⁴. Par exemple, en désirant aider quelqu'un à se laver, nous l'empêchons peut-être de le faire seul et de se prouver à lui-même qu'il en est capable, nous pénétrons dans son intimité ce dont il n'a peut-être pas envie. Nous voyons que nous pouvons encore être blessants en voulant aider. La bienfaisance dans ce cas, serait de vérifier auprès des patients leur degré d'autonomie et leur désir à être aidés.

Beauchamp et Childress présentent la bienfaisance sous forme de verbes d'action :

Protéger et défendre le droit d'autrui, Empêcher toute action qui nuit à autrui, Supprimer toute situation pouvant nuire à autrui, Aider ceux qui souffrent d'infirmités, Secourir les personnes en danger²⁹⁵.

La bienfaisance se positionne à l'origine de l'action de protéger, défendre, empêcher, supprimer, aider et secourir.

La bienfaisance positive requiert que la personne apporte des bienfaits. L'utilité requiert que la personne pèse les avantages et les inconvénients de son action pour parvenir, dans l'ensemble, aux meilleurs résultats possibles²⁹⁶.

²⁹³ Pierre Le Coz, « Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale », *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*. 2009 ; 12(6), pp. 383-390, consulté le 7 décembre 2017.

²⁹⁴ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010), p. 58.

²⁹⁵ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 242.

²⁹⁶ *Ibid.*, p. 239.

C'est dans l'intention d'une action qu'il faut chercher une solution pour tous les soignants et en plus comprendre pourquoi nous décidons de telle ou telle action.

Est-ce que celui qui reçoit de la bienfaisance a la capacité de la refuser, est-ce que cela lui est agréable ? Et celui qui l'offre, ne veut-il pas exercer son pouvoir, sa domination ou mettre tout simplement sa conscience au repos ? La bienfaisance est le fondement de la médecine, agir pour le bien d'autrui.

Il n'empêche que la bienfaisance ne peut l'emporter sur l'autonomie dans la mesure où c'est la personne elle-même, en fonction de ce qui fait sa singularité, qui est la seule apte à décider de ce qui est bon pour elle, même s'il est vrai, comme nous l'avons souligné précédemment, qu'en tant qu'elle est également une personne vulnérable, elle a généralement besoin d'être soutenue et accompagnée dans ses décisions²⁹⁷.

En cela « la bienfaisance est à l'origine de toute décision qui peut aider, protéger, défendre ou secourir »²⁹⁸. Les soignants souhaitent apporter ce petit quelque chose de chaleureux qui adoucit un peu le séjour de ces personnes. La bienfaisance voulue par quelqu'un le pousse à agir pour aider cette personne et c'est en cela que nous pouvons parler de principe. Alors l'éthique prend toute sa place pour pratiquer une bienfaisance adaptée à chaque patient.

Examinons à présent le troisième principe, celui de la justice. Il est différent des deux premiers en ce sens qu'il possède une dimension politique parce qu'il place le patient au cœur du système de santé et permet une délibération au-delà des émotions.

²⁹⁷ Éric Delassus, « Analyse critique du principisme en éthique biomédicale », hal-01486803, version1, *Sciences de l'homme et Société/Philosophie*, 10 mars 2017, p. 10.

²⁹⁸ Annie Hourcade, « La bienveillance dans la problématique du conseil chez Aristote », *Phoenix*, n° 72 (2018) : p. 87, <https://doi.org/10.7834/phoenix.72.1-1.0062>.

Il y a cette différence entre la nature d'un gouvernement et son principe, que sa nature est ce qui le fait être tel ; et son principe, ce qui le fait agir. L'un est sa structure particulière, l'autre les passions qui le font mouvoir²⁹⁹.

La justice a ceci de commun avec les deux autres principes précédents que nous pouvons commettre une injustice sans vouloir être injuste sachant que la victime n'est jamais consentante. Le premier ressenti d'un individu quand il tombe malade, est celui de l'injustice : « Pourquoi moi » ? Il subit l'injustice de tomber malade avant même d'avoir rencontré un médecin. Ce quelqu'un souhaite profondément que le corps soignant répare sa santé et cette injustice par la même occasion. La justice sert d'abord à « secourir la faiblesse »³⁰⁰. Le patient espère que sa grande vulnérabilité va être prise en compte par le pouvoir médical. Les soignants doivent apprendre à distribuer leur temps, leurs forces, leur sollicitude de manière à la fois équitable et juste, « le juste et le juste ce qu'il faut »³⁰¹. Dans leur ouvrage, Beauchamp et Childress parlent de justice distributive, et débutent la déclinaison de chaque règle de cette justice par le verbe recevoir. Le soignant distribue des soins et le soigné les reçoit et inversement le soignant reçoit de la part des malades. Chacun est dans son rôle. Les auteurs posent des recommandations validant cette forme de justice distributive dans laquelle chacun reçoit en fonction de ses besoins, de ses efforts, de sa contribution, de son mérite. À l'hôpital, la loi citoyenne s'applique pour tout le monde. La justice exercée par les soignants vis-à-vis des soignés et inversement doit servir de base de réflexion à chaque débat sur une question éthique. Quelle injustice touche cette personne ? Comment y remédier ? et pourquoi ? Est-ce le rôle des soignants de réparer le fait de tomber malade ? Ils ne sont en rien responsables de cette pathologie

²⁹⁹ Charles Louis de Secondat de Montesquieu, *Œuvres complètes de Montesquieu. Prépubl. De l'esprit des lois : livres I et XIII (imprimé et manuscrit)* (Oxford Ò : Voltaire Foundation [u.a.], 1998), [III, 1]).

³⁰⁰ Frédéric Worms, *Revivre : éprouver nos blessures et nos ressources*, Champs essais (Paris : Flammarion, 2015), p. 243.

³⁰¹ *Ibid.*, p. 243.

mais leur manière d’appréhender la maladie peut aider le patient à comprendre et à accepter ce qui lui arrive. Dans le cadre de cette justice distributive mais également égalitaire, il serait maladroit de passer autant de temps avec chaque patient. C'est pourtant ce qui est paramétré dans les plages horaires des consultations ou les programmes opératoires. Imaginons que les soins soient un ensemble réuni dans un grand panier, et que nous ayons vingt patients à traiter, nous n'allons pas découper la quantité de soins en vingt parts égales ; c'est-à-dire que nous ne passons pas un vingtième de notre temps dans chaque chambre, que nous ne distribuons pas un vingtième des médicaments prescrits et que les médecins ne passeront un vingtième de leur temps à écouter chaque patient. « Donc, ce qui est juste est quelque chose de proportionnel »³⁰². Les malades ne sont ni des voitures ni des boîtes de conserve et ne ressemblent pas à leur voisin ; ils sont tous identiques mais tous différents. En voulant les ranger et les classer pour établir des programmes de soins rentables, nous retrouvons toujours un bras ou une jambe qui dépasse.

Aristote définit *l'équité* comme le milieu, un endroit où mettre le curseur entre trop et trop peu. C'est identifier les moyens nécessaires pour bien soigner et répartir les ressources dans les services, non de manière égale c'est-à-dire en attribuant la même quantité à tous, mais équitable ; aucun service ne doit être moins bien servi. Un service de très haute technicité a besoin de plus d'infirmiers(ères) ; un service de soins palliatifs de plus d'aides-soignantes. Il est nécessaire pour ce faire d'appliquer une forme de détachement loin des émotions de chacun. Nous n'évoquons pas la position lointaine des administrations, et même si elles ont un rôle capital à jouer, elles ignorent trop de la bonne marche d'une unité pour en décider seule. « L'équitable est un milieu, le juste est un

³⁰² Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. V [1131 a 20-32].

équilibre entre deux quantités »³⁰³. Aristote ajoute que c'est un équilibre entre deux quantités mais les individus ne sont pas des *quantités* et nous ne pouvons et ne devons pas leur donner une part égale des soins. « En effet, si les personnes ne sont pas égales, elles ne peuvent obtenir de parts égales »³⁰⁴. C'est le débat auquel nous assistons quand les gouvernements réfléchissent sur une amélioration de la rentabilité des hôpitaux alors que les équipes sont exsangues.

Prenons l'exemple de personnes jeunes très malades. Il y a le désir de compenser quelque chose de l'ordre de l'injuste, de l'irrecevable. La mort à venir d'un enfant bouleverse tout le monde : « ce n'est pas normal de mourir à cet âge-là ». La mort n'a aucune éthique et sûrement pas celle de respecter l'âge des individus. Mais au-delà de cet aspect social, nous devons soigner, c'est-à-dire aider cet enfant à restaurer ses capacités ou l'aider à mourir :

L'enjeu devient alors pour nous soignants, enseignants et thérapeutes, de consolider les capacités de l'individu [...], de l'accompagner dans sa réinvention des normes de vie - autrement dit, de lui suggérer l'entrée dans une dynamique de création, et non lui faire viser un retour à l'état antérieur, ce qui demeure illusoire³⁰⁵.

Il se trouve que pour ces cas-là *rien n'est trop beau*. Le travers souvent constaté est que nous allons accepter de passer beaucoup de temps, nous allons déployer des trésors d'affection, et surtout ne pas compter les dépenses de santé. C'est la justice réparatrice. Et pourtant cet enfant appartient à une communauté où les personnes soignantes sont à la disposition de tout un service et non d'une seule personne et où la demande de soins doit

³⁰³ *Ibid.*, Ch.V [1131 a 10-20].

³⁰⁴ *Ibid.*, Ch.V [1131 a 20-32].

³⁰⁵ Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, (Paris : Gallimard, 2019), p. 13.

respecter l'enveloppe financière du service, d'un hôpital et d'une société. L'éthique, respectant le principe de justice, doit s'imposer face à une décision prise par le corps médical y compris s'il s'agit de ne pas prolonger un traitement très coûteux. Cela peut paraître injuste pour l'individu ciblé (surtout s'il s'agit d'un enfant) mais équitable pour le reste de la société. Déjà Aristote posait la question :

Mais comment user de ces moyens pour garantir la santé, à quel malade les appliquer et à quel moment, c'est tout le travail, pas moins, exigé pour être médecin³⁰⁶.

La difficulté se situe entre la loi qui détermine ce qui est juste et l'éthique qui demande un questionnement quotidien à chaque soignant pour chaque patient. Chaque décision doit être juste pour le patient c'est-à-dire en adéquation avec ses besoins, sa fragilité mais équitable par rapport aux autres patients, à l'équipe et à la société. Une injustice implique donc un acte injustifié qui prive une personne d'un bénéfice auquel elle a droit ou pense avoir droit ou lui porte un tort de façon injustifiée. « C'est pourquoi dans une société juste, l'égalité des droits civiques et des libertés pour tous est considérée comme définitive »³⁰⁷. Le législateur élabore des règles pour rendre la société plus juste et protéger les plus faibles. La justice est le fondement de la construction d'une communauté d'hommes équitables. Elle s'applique donc à titre individuel et à titre collectif et peut être définie comme principe. « Chaque personne possède une inviolabilité fondée sur la justice qui, même au nom du bien-être de l'ensemble de la société, ne peut être transgressée »³⁰⁸. Rawls parle de droits inviolables et de liberté définitive dans une société juste. Chacun en France a le droit à l'accès aux soins dans tous les établissements publics de santé. En

³⁰⁶ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. V [1137 a 12-35].

³⁰⁷ John Rawls, *Théorie de la justice*, trad. par Catherine Auidard, 1er éd., Essais (Paris : Points, 2009), pp. 29-30.

³⁰⁸ *Ibid.*, pp. 29-30.

France nous ne devrions pas soigner mieux les patients plus riches ou plus puissants même si la réalité n'est pas tout à fait celle-là³⁰⁹. Financièrement chacun est pris en charge par la Sécurité Sociale pour ses frais d'hospitalisation par exemple mais nous verrons un peu plus loin que les contraintes économiques que traversent les hôpitaux redistribuent les cartes et malheureusement pas toujours dans le bon sens. Les soignants ont le devoir de distribuer des soins de qualité à toute personne se présentant à l'hôpital sans aucun jugement ni discrimination possible. Allons-nous proposer les mêmes séances de chimiothérapie à un SDF et à quelqu'un affilié à la Sécurité Sociale ? Le chapitre trois du *Code de déontologie* des médecins note que :

L'activité médicale est guidée par une réflexion éthique, respectueuse du patient, des tiers et de la société.

Le médecin ne pose aucun acte contraire à la dignité humaine.

Le médecin soigne avec la même conscience tous les patients, sans discrimination³¹⁰.

Ce travail n'est pas destiné à engager un débat politique sur ce thème mais il est essentiel que la justice se pose en principe pour rechercher l'égalité des soins pour tous et l'équité dans la distribution de la somme de tous les soins et des traitements déployés dans un hôpital et tente de réparer ; elle se pose comme un garde-fou. Elle est le principe qui porte avec elle une dimension politique. Frédéric Gros rapporte ce que Platon exprimait à propos de la

³⁰⁹ Pierre Lombrail et Jean Pascal, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé* 8, n° 3 (2005) : 31-39, <https://doi.org/10.3917/seve.008.39>.

³¹⁰ Conseil national de l'ordre des médecins, « *Code de déontologie médicale* », § Chapitre de 0 à 4 (2020), <https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/>.

justice : « Si donc je satisfais de bas instincts au détriment de bonnes actions, cela passe par un secret mépris de moi-même qui me ferme la porte du bonheur³¹¹ ».

³¹¹ Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 89, N° 2, 2007, p. 15.

IV.2.2 Comment être autonome quand on est patient ?

Nous consacrons volontairement toute cette partie au principe d'autonomie, car il est un élément relativement nouveau dans la relation soignant-soigné et porte en lui le début de la réflexion sur le détachement.

L'autonomie peut se définir ainsi : « C'est l'art de se conduire et de se bien conduire³¹² ». C'est un principe revendiqué à bon escient par la loi et l'éthique. La loi Kouchner (Mars 2002) a normalisé l'obligation pour le corps médical de fournir toutes les informations nécessaires au malade pour qu'il ait la capacité de décider d'accepter ou non son traitement. Le patient se prononce en fonction de ses croyances et de ses opinions. L'information doit être loyale, complète et comprise par le malade et ses proches. Nous trouvons cette définition de l'autonomie individuelle dans le dictionnaire médicale :

En médecine, le terme d'**autonomie** (du grec *αὐτονομία*, *autonomia*) désigne deux notions. La première a trait aux droits des patients, et à la liberté de choix dont le patient jouit, telle qu'elle est exprimée notamment dans la charte du patient hospitalisé.

La seconde notion est la capacité, pour un individu, d'assurer les actes de la vie quotidienne. Le sujet qui jouit de cette capacité est autonome³¹³.

Cette définition permet de distinguer l'autonomie sous ses deux aspects : autonomie citoyenne et autonomie physique.

Kant avait déjà fondé sa morale sur la volonté de l'homme à agir moralement et non plus par pure obéissance. La volonté est libre et agit selon des règles ; il en résulte l'autonomie. C'est une philosophie de la déontologie. « La volonté est une faculté de choisir cela

³¹² Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie: choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque* (Paris : S. Arslan, 2013), p. 49.

³¹³ Dictionnaire médicale, s. d., <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/800-autonomie/>.

seulement que la raison, indépendamment de l'inclination, reconnaît comme pratiquement nécessaire, c'est-à-dire bon »³¹⁴.

Beauchamp et Childress proposent cinq champs d'application en rapport avec l'autonomie : la vérité, le consentement éclairé, la confidentialité dans l'information, l'intimité, et si le patient le demande, l'aide à des décisions importantes. L'autonomie est un principe parce que toute décision de traitement est fondée sur le respect de l'autonomie de la personne malade en vue d'une action. : « Le respect implique la reconnaissance des droits à la prise de décision et permet aux gens d'agir de manière autonome »³¹⁵ .

³¹⁴ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 83.

³¹⁵ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 101.

IV.2.2.1 L'information, le consentement et la vérité

Le médecin élabore un diagnostic et prescrit un traitement comme une intervention chirurgicale. Il a pesé les côtés positifs et les côtés négatifs et étant convaincu de sa propre décision il va devoir trouver le ton, les mots, les phrases pour convaincre le patient à son tour. Platon déjà dans le *Gorgias* expliquait :

Je suis allée, souvent déjà, avec mon frère, avec d'autres médecins, visiter des malades qui ne consentaient ni à boire leur remède ni à se laisser saigner ou cautériser par le médecin. Et là où ce médecin était impuissant à les convaincre, moi, je parvenais, sans autre art que la rhétorique, à les convaincre³¹⁶.

Dans ce dialogue de Socrate, Gorgias plaide pour que le médecin se fasse aider par un *orateur* pour l'aider à convaincre un patient de suivre son traitement ; car on peut être un excellent médecin et ne pas savoir argumenter, expliquer, avoir le langage qui apaise, décide et rassure celui qui souffre. Obtenir un consentement c'est obtenir que celui assis en face accepte librement en toute connaissance de cause qu'un praticien pratique sur son corps des actes ou des examens pour améliorer son état de santé. Gorgias ne convainc pas le patient, il veut soumettre le malade à sa volonté, le séduire, et il utilise toutes les techniques de la rhétorique car le malade doit céder et accepter envers et contre tout. Le patient tombe alors sous l'influence de quelqu'un : nous sommes à l'opposé de l'autonomie puisqu'il applique la loi de Gorgias, il lui est fondamentalement attaché.

³¹⁶ Platon, *Gorgias*, (Paris : Flammarion, 1993), [455d-456b].

En revanche, si un médecin persuade le patient de subir l'intervention alors que ce dernier était réticent au début, dans ce cas, les actions du médecin influencent mais n'assujettissent pas le patient³¹⁷.

Le médecin veut convaincre le patient en lui laissant le choix de dire oui ou non par un raisonnement élaboré, loyal et adapté à la personne.

« Dans certains cas, les professionnels sont moralement blâmables s'ils ne tentent pas de persuader un patient résistant de poursuivre un traitement médicalement vital, et une telle forme de persuasion ne viole pas forcément le respect de l'autonomie. Un argument raisonné pour défendre une option est en lui-même une façon de donner l'information et est souvent vital pour assurer la compréhension »³¹⁸.

Le praticien informe le patient pour qu'il ait toutes les clés en main pour décider, et lui laisser le choix. S'il n'est pas un très bon orateur, il connaît les arguments scientifiques, physiques et autres. Si malgré tout le malade ne veut pas être opéré, ou pas tout de suite il doit décharger, par un engagement écrit, l'équipe médicale de toute responsabilité surtout s'il met ainsi sa santé en danger en refusant l'intervention. Sinon il signe un document qui fait office de *contrat* avec l'équipe soignante après avoir été convaincu. « L'influence qui fait appel à la raison – la persuasion – est distincte de celle qui fait appel aux émotions »³¹⁹.

Le consentement doit être libre, c'est-à-dire sans contrainte, et éclairé, c'est-à-dire précédé par une information loyale et complète, le médecin ayant vérifié que le malade a

³¹⁷ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 151.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 154.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 152.

bien compris. Les qualificatifs *libre et éclairé* sont repris dans tous les attendus de jugement ayant trait aux problèmes de consentement :

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Le médecin ne peut sans le consentement libre et éclairé du patient procéder à une intervention chirurgicale³²⁰.

Est-ce bien ou mal de devoir décider soi-même ? Pour Kant le refus de décider soi-même est un déni de responsabilité donc pourrait être condamnable. Mais il ne s'agit pas de morale mais de la capacité qu'a chaque être humain à décider de sa personne et le législateur ouvre la voie à développer cette aptitude. En effet la loi Kouchner crée un champ de réflexions éthiques autour du consentement. Le patient a la liberté de décider tout seul ou avec l'aide de quelqu'un en qui il a confiance mais surtout les équipes médicales ont le devoir de respecter cette autonomie.

Il ne suffit pas que le patient soit autonome pour qu'il le soit réellement et concrètement et il ne suffit pas de lui fournir tous les éléments nécessaires afin d'éclairer sa décision pour qu'il fasse un choix judicieux³²¹.

« Il y a un lien entre autonomie et prise décision dans le domaine de la santé »³²². Le patient est acteur, car il *marche* vers les soignants. Ceux-ci le soignent en sachant qu'il

³²⁰ Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 « Respect du corps humain », Pub. L. No., § Livre Ier : des personnes, 94-653 (1994), Ch. II, 94-653.

³²¹ Éric Delassus, « Analyse critique du principisme en éthique biomédicale », hal-01486803, version1, *Sciences de l'homme et Société/Philosophie*, 10 mars 2017, p. 2.

³²² Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 92.

est autonome. Responsable de ses actes, lui, le malade va participer avec les soignants au projet de traiter sa pathologie.

Donc, le patient est libre d'agir dans le cadre de l'institution hospitalière, en respectant la loi en vigueur. Son autonomie étant la capacité de se conduire par lui-même, il doit trouver la bonne voie tout seul face à un monde qu'il ne connaît pas et dont il n'a pas les clés. « Nous considérer comme libres dans l'action et cependant nous tenir pour soumis à certaines lois »³²³. Pour l'aider à prendre sa décision devons-nous lui dire toute la vérité ? Légalement nous le devons, excepté dans le cas où la vérité pourrait mettre en danger de mort le patient (patient profondément dépressif). Faut-il expliquer longuement à quelqu'un qui ne comprend pas bien, que ça va être très compliqué, long et peut-être sans issue ? « Une personne comprend si elle détient des informations utiles et croit en la pertinence de la nature et des conséquences de ses actions »³²⁴. Les praticiens et les équipes n'ont ni le temps ni toujours les moyens, quand ils sont confrontés à la barrière de la langue par exemple. Ils se rassurent peut-être en pensant que les malades préfèrent ne pas tout savoir sur leur état. L'objectif du médecin n'est pas de faire mal au patient et à sa famille en lui assénant une vérité difficile à annoncer et à supporter. À l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le praticien doit trouver les mots qui reflètent la situation mais ceux également qui aident à mobiliser la partie vivante du patient qui devient alors un partenaire et un acteur pour lutter contre la maladie.

³²³ Dominique Bourgeon, « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du MAUSS* 41, n° 1 (2013) : p. 153, <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0153>, p. 132.

³²⁴ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 142.

Tout comme le traitement, la révélation est une tâche qui appartient au médecin, en raison de sa compétence professionnelle et de son engagement envers le bien-être de son patient³²⁵.

Dans un premier temps, la vérité annoncée doit être comprise pour être assimilée. Dire la vérité c'est tout dire et être transparent, mais il est tout aussi important que le corps médical sache cacher certains éléments momentanément peut-être, car les patients ne peuvent (ou ne veulent) pas tout comprendre tout de suite. Cette science qu'est la médecine, carrefour de « plusieurs sciences » (Canguilhem), est très loin d'être exacte ; le médecin doute souvent et peut être angoissé à l'idée de se tromper ; aussi ne peut-il (ne doit-il) pas toujours affirmer haut et fort un pronostic par exemple. Il est le seul habilité parce que capable de nuancer cette annonce. Dire la vérité n'a de sens que si cela rend le malade acteur de sa maladie donc capable de prendre une décision intelligente.

Les patients et autres individus sont capables de prendre une décision s'ils ont la capacité de comprendre l'information matérielle et de juger cette information à la lumière de leurs valeurs, de projeter un certain résultat et de communiquer librement leurs désirs aux médecins et aux chercheurs scientifiques³²⁶.

Mais il y a des malades très vulnérables et parfois les plus âgés regrettent le temps où le médecin *savait ce qui était bon pour eux* et décidait tout seul du traitement le plus approprié à leur pathologie. « Il se peut que l'autonomie du patient soit compromise car le médecin a assumé un degré injustifié d'autorité »³²⁷. D'autres ne veulent rien savoir ou le moins possible, d'autres ne comprennent pas de quoi il s'agit ; Beauchamp et Childress disent qu'on peut exercer son autonomie en choisissant délibérément de déléguer le choix

³²⁵ *Ibid.*, p. 131.

³²⁶ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 114.

³²⁷ *Ibid.*, p. 96.

médical. C'est encore la preuve d'une souveraineté décisionnelle. Le patient a le droit de demander qu'on ne l'informe pas ; mais selon Beauchamp et Childress, les soignants ne sont pas légitimes à faire ce choix à la place du patient.

Enfin, le corps médical ne doit pas dérouler tous les aspects d'une maladie et demander l'avis du malade sans vérifier qu'il y a une bonne compréhension à chaque phrase prononcée ; le médecin pourrait alors passer pour lâche en se débarrassant du sujet de la maladie sur le patient qui intimidé ou désorienté n'ose pas poser de questions ; le patient est alors plus soumis qu'autonome. Nous constatons qu'aujourd'hui le médecin cache rarement le diagnostic de cancer, par exemple, aux patients car il a besoin que celui-ci accepte le traitement qu'il va suivre. À l'inverse, il existe une forme de brutalité de l'annonce de la vérité sous le couvert de tout dire : nous avons assisté à l'annonce d'un cancer par téléphone. En un quart d'heure, ce futur patient a dû assimiler la gravité de son état et réorganiser toute sa vie professionnelle et familiale sans que le médecin et sa secrétaire ne se soucient le moins du monde des conséquences de leur appel. C'est en cela que nous parlons de lâcheté médicale, même si ce patient va être remarquablement bien traité et que son praticien est le meilleur sur toute la place. Le terme lâcheté n'est pas pris au hasard ; il montre tout à fait ce que vivent les praticiens : les consultations trop remplies au cours desquelles se rajoutent les urgences et le mécontentement des consultants assis des heures à attendre. Alors ces praticiens cherchent à être efficaces. Dans l'exemple donné, il est probable que la secrétaire a l'habitude de téléphoner aux patients quand le praticien reçoit les résultats d'anatomo-pathologie *pour gagner du temps*. Il ne reste plus au médecin qu'à lire au patient le diagnostic. Ainsi il gagne du temps mais en ne rencontrant pas le patient il le fuit : il ne le voit pas, ne l'entend pas, ne constate pas son désarroi et ne donne pas le temps pour des questions. Il n'a pas rempli sa mission de praticien, il agit comme un répondeur téléphonique. Il a été mal-faisant, injuste et a privé

le patient d'un échange précieux avec lui, le médecin, et n'a pas respecté sa dignité et son autonomie.

Vérifier la compréhension est essentielle car chacun a sa vision de la maladie. « Les patients devraient au moins comprendre ce que les professionnels de santé ou les chercheurs pensent qu'ils ont besoin de comprendre pour autoriser une intervention »³²⁸ . Nous avons soigné des personnes ne parlant que le patois, ce sont leurs enfants qui traduisaient pour leur expliquer, que traduisent-ils ? D'autres veulent tout savoir, d'autres encore veulent garder la main ; parallèlement, certains médecins sont frileux à dire toute la vérité quand d'autres n'hésitent pas à tout dévoiler. Mais la difficulté reste que : « certains patients ont cependant des connaissances de base si limitées que la communication portant sur toute situation étrangère ou nouvelle est excessivement difficile »³²⁹. Le respect de l'autonomie du soigné est inscrit dans la loyauté obligée, parce que mal informé, l'autre perd son autonomie, il ne peut plus être le législateur de sa propre loi. Le fait de mentir à un malade est terrible car nous mentons à quelqu'un de vulnérable. Donc nous rajoutons à sa vulnérabilité en le laissant croire qu'il a le choix de son traitement alors qu'il n'a pas les bonnes cartes en main. Kant s'oppose d'une manière très radicale à toute forme de mensonge « [...] il faut qu'une loi implique en elle une absolue nécessité, [...] : « tu ne dois pas mentir »³³⁰ . Cependant, nous pensons qu'il peut être bienfaisant dans des situations très particulières de savoir mentir au malade. Par exemple, est-ce utile de lui donner tous les jours son taux de globules blancs s'il ne le réclame pas ?

³²⁸ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 142.

³²⁹ *Ibid.*, p. 143.

³³⁰ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 52.

Il sera toujours temps une fois par semaine de faire un bilan des analyses dans certains cas.

Tout le monde est autonome mais soumis à des lois pour que s'exerce à travers la volonté de chacun, la liberté de tous. Nous verrons plus loin un des outils utile à cette réalisation.

IV.2.2.2 La confidentialité

Qu'entendons-nous par confidentialité ? Le patient raconte l'histoire de sa maladie au médecin et en général il se livre et explique des détails très intimes de sa vie. Pourquoi ose-t-il parler ainsi ? Parce que tout le monde en France sait que le médecin est tenu au secret professionnel comme les avocats et les prêtres et nous avons confiance. Dans confidentialité il y a confiance celui à qui on confie un secret. Toute l'équipe soignante est dépositaire de ce secret. Donc, le diagnostic et le pronostic prononcés au vu du résultat des examens, radios et autres tests pour trouver et traiter la pathologie est un secret entre le malade et les soignants. Lui seul peut informer ses proches. Respecter le secret de l'information pour les patients les autorise à toutes les attitudes possibles vis-à-vis de leurs proches. Chaque patient a le droit de ne pas dire la vérité à ses enfants ou à sa femme si c'est son choix. Nous verrons qu'il y a des cas, comme un risque de contamination du partenaire qui obligerait parfois à rompre ce secret. Ne pas le faire serait autoriser quelqu'un à transmettre une maladie très grave (comme le SIDA) mettant la vie de l'autre en danger. Cependant, la loi nous interdit de rompre la confidentialité même dans ce type de cas :

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende³³¹.

Ce secret touche le patient au cœur de sa vie, de son corps, de son projet. Si cette personne ne comprend pas bien, le médecin partage cette confiance avec la personne de confiance.

³³¹ Dominique Bourgeon, « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du MAUSS* 41, n° 1 (2013): p. 153, <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0153>.

D'un point de vue de l'éthique soignante, la question devient moins celle de l'autonomie que de la capacité qu'a la personne à s'en servir. On peut ainsi définir la pauvreté, mais aussi la maladie, le grand âge ou le handicap comme des manques des « capacités », ou des pertes de « pouvoir »³³² [...].

Le respect de la confidentialité se fonde sur la confiance ; si le malade imagine que le praticien trahit le secret, il ne pourra pas être traité par lui. C'est comme une promesse non tenue. Le médecin est lié à son patient par ce secret qu'ils partagent et informe toute l'équipe médicale et paramédicale de la pathologie et du profil du patient. Il sera ainsi accueilli en fonction de ce dont il a besoin. Mais l'inconvénient porte sur le nombre d'individus qui finalement connaissent ce qui, à l'origine, était un secret. En plus du nombre, ce secret est le quotidien de toutes ces personnes et somme toute, semble bien banal. Alors, nous assistons à des phrases échangées entre deux portes, dans un couloir, des petits mots écrits sur un post-it, avec la pathologie d'un patient et son nom ; un dossier qui traîne sur une paillassette où le nom du malade en gros s'accompagne de la mention « DCD » en haut, à gauche en noir. Nous ne sommes pas bons pour le respect de la confidentialité dans notre vie professionnelle au quotidien et la plupart du temps nous ne nous en rendons pas compte. Parfois, en passant dans le couloir d'un service hospitalier, vous en savez presque autant sur les patients du service que l'équipe. Si la loi est très claire sur la confidentialité, nous devons travailler sur nos comportements et cela doit apparaître au cours de débats sur l'éthique. C'est un sujet difficile dans les hôpitaux et l'arrivée de l'informatique accompagnée de la création du dossier unique du patient n'a rien arrangé. Toutes les données, examens, compte-rendu, résultats d'analyses sont centralisés pour faciliter la tâche des soignants. Elles sont accessibles dans n'importe quel endroit de l'hôpital. Cela a pour conséquence une très grande divulgation de l'information

³³² Philippe Svandra, « Repenser l'éthique avec Paul Ricœur », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 124, N°1, 2016, p. 19.

à de très nombreuses personnes. L'information se banalise. En circulant dans n'importe quel hôpital ou cabinet de consultation, nous ne pouvons que faire le constat du peu de sérieux accordé à la confidentialité. Le comportement de chacun relève de l'éthique. Personne ne divulgue d'informations haut et fort à l'extérieur de l'hôpital mais tout le monde a une attitude un peu négligée dans l'institution. Celui (ou celle) qui utilise l'informatique, très pratique pour accéder rapidement aux données du patient, ne pense pas toujours à fermer la page d'accès une fois la lecture faite. Et ces données se retrouvent exposées aux yeux de tous pendant quelques heures ! Tout l'hôpital peut avoir accès à certaines données et on peut ainsi apprendre que sa voisine est hospitalisée ou que son voisin est séropositif. En négligeant d'adopter une attitude très rigoureuse, le soignant trahit le secret médical et la perte de confiance entraîne une perte d'autonomie par le doute qui s'installe dans la relation. Le contraire d'une attitude vertueuse. Nous sommes tenus au secret médical, aucune information vue, lue ou entendue ne doit transpirer en dehors des murs de l'institution.

IV.2.2.3 L'intimité

Une personne autonome qui signe un formulaire de consentement sans le lire ou le comprendre est qualifiée pour agir de façon autonome, mais ne le fait pas³³³.

Quelqu'un capable d'assouvir ses besoins fondamentaux tout seul (manger, éliminer, se laver, se distraire, marcher, bref n'ayant ainsi nul besoin de l'aide de l'équipe soignante) est considéré comme autonome. Qu'en est-il de l'autonomie quand il faut soigner, lever, laver, aider dans tous les gestes de la vie quotidienne ou aider à remplir les questionnaires, poser des questions sur des aspects très personnels ? À quel moment ce patient bascule-t-il dans l'hétéronomie ? Il dépend de nous pour sa toilette mais il lit, écrit, travaille, s'intéresse à la télévision, donc nous prenons soin de lui comme il prend soin de lui-même. Nous lui évitons d'avoir honte de son aspect lors des visites de ses proches. « Les odeurs sont du ressort du respect de l'intimité »³³⁴. L'intimité est le moment que l'on ne partage qu'avec soi-même ou les personnes amis ou familles, les *intimes*. C'est sa vie privée dans cette chambre qui représente son lieu de vie. Les patients ne sont pas des objets, rangés en rang d'oignons, le long de couloirs interminables dans des chambrettes numérotées. Ils ne sont pas là à notre disposition, prêts à recevoir les soins inscrits sur la feuille de soins des vingt-quatre heures à venir, ou la visite et les contrôles des médecins, internes, chefs de clinique ou praticiens hospitaliers du service. Respecter leur intimité signifie traiter le patient comme un sujet, quelqu'un qui nous ressemble, mais qui reste

³³³ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 93.

³³⁴ Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, p. 17 : « le respect n'est pas exactement un sentiment, mais plutôt une exigence. On ne peut pas exiger de moi que j'aime le genre humain [...]. En revanche, on peut exiger de moi que je respecte mon prochain, dans la stricte mesure où je dois l'exiger de moi-même. Le respect, contrairement à l'amour et à l'amitié, peut faire l'objet d'un devoir. »

un mystère pour nous. Quand nous avons du respect pour quelqu'un, « nous reconnaissons sur son visage une sorte de dignité »³³⁵. Cet homme ou cette femme ont déclaré une maladie et viennent à l'hôpital pour confier leur souffrance à des spécialistes ; mais ils restent des hommes et des femmes, entourés, aimés par leurs proches et riches de leur savoir, leurs émotions, leurs projets. C'est ainsi que le patient, tout en se sentant soigné et accompagné, apprécie de pouvoir bénéficier de temps et d'espace pour ses propres occupations ou préoccupations. Le patient se prendra en charge si les soignants ne l'infantilisent pas. « À l'homme compatissant qui le plaint, Nietzsche préfère un médecin compétent qui le soigne »³³⁶.

À chaque soin, intervention, examen, nous dénudons un peu, beaucoup, totalement le corps des patients. Il y a différentes façons de travailler sur un corps. Nous savons que personne n'aime être serré dans un métro les uns contre les autres ; il y a un volume virtuel qui nous entoure en-deçà duquel nous nous sentons agressés. Seules certaines personnes qui nous sont intimes sont autorisées à rompre ce cercle. Personne ne pénètre dans une chambre de patient sans frapper à la porte et y avoir été invité. Aussi nous prendrons le temps de frapper aussi à cette *porte* imaginaire pour que le patient par un regard, un geste, un mot nous autorise à le toucher et à le déshabiller. Quand nous écrivions sur la non-malfaisance, nous avons illustré notre propos par l'auscultation *en coup de vent* sans attendre que le patient soit prêt à nous recevoir ; au-delà la totale dépendance physique, le patient est confronté à la dépendance des soins. Doit-il subir leur rythme ? Un patient très malade mais capable de continuer à peu près à organiser sa vie personnelle peut demander des plages horaires pour travailler ou se distraire. Mais pour un qui s'exprime,

³³⁵ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010), p. 58.

³³⁶ Jacques Ricot, *Du bon usage de la compassion*, (Paris : PUF, 2013), p. 43.

beaucoup le pensent sans doute mais ne disent rien. Nous pensons qu'il y a un moyen de distribuer les traitements auprès des patients tout en respectant les activités personnelles qu'ils tentent tous de déployer chacun à leur échelle.

Mais le patient a aussi le devoir de respecter l'intimité des soignants³³⁷. L'autonomie est un droit pour le soigné et le soignant, donc les règles s'appliquent dans les deux sens. Certains malades, sous prétexte que les soignants sont à *leur disposition* parce qu'ils sont malades, se permettent des attitudes ou des questions indiscrètes déplacées vis à vis des soignants. La loi interdit ce genre de relation et en général les patients en question sont remis à leur place et menacés d'être transférés dans un autre service. Chacun doit respecter l'intimité de l'autre. À certains moments de son traitement, le malade peut s'en remettre totalement à l'équipe tellement il souffre ou il a peur.

³³⁷ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 405 : « Dans ce chapitre (chap. 7) nous spécifierons davantage ces principes en présentant les règles morales de la véracité, de l'intimité, de la confidentialité et de la fidélité, et la façon dont celles-ci s'appliquent aux professionnels de santé et à leurs patients ou sujets d'expérimentation. »

IV.2.2.4 Peut-on parler de liberté à l'hôpital ?

L'homme est libre d'aller et venir à sa guise, libre de ses actions donc de décider, libre de ses opinions et de ses croyances. Toute personne en activité semble autonome et pourtant il y a toujours des domaines où nous avons besoin des autres. L'éthique et la liberté du patient doivent coïncider avec celles de l'équipe soignante pour qu'il y ait accord sur les décisions prises. Les différences de points de vue entre les êtres sont plutôt une richesse qu'un frein mais sont étudiés en fonction des contraintes éthiques ; le but est de réussir le projet.

La société devrait permettre à tous les individus de se développer en fonction de leurs propres convictions, dans la mesure où celles-ci n'interfèrent pas avec une expression de liberté similaire émanant des autres³³⁸ ;

Un patient hospitalisé est privé de sa liberté d'aller et venir à sa guise. Il est vulnérable et se positionne en demandeur d'aide. Les soignants circulent dans un environnement familial mais portent en eux leur vulnérabilité d'humains et celle propre aux soignants. Le médecin est tenu de tout faire pour améliorer l'état du patient mais en aucun cas n'a l'obligation de le guérir. C'est la loi dans le *Code de déontologie* des médecins. Cette relation asymétrique pourrait devenir soumission d'un côté et pouvoir de l'autre car les soignants ont le pouvoir de guérir, de faire souffrir pour aller vers un mieux, mais aussi d'offenser par trop d'assurance parfois ou manque de temps. Nous sommes dépendants de la personne qui joue le rôle d'expert dans le problème rencontré. Prenons comme exemple l'informatique : le numérique devient un problème de société actuel qui isole toute une partie de la population et la rend dépendante d'une autre partie de la société. Les personnes âgées, les étrangers, les gens pauvres sans ordinateur chez eux, toutes ces

³³⁸ John Stuart Mill, *De la liberté*, trad. par Laurence Lenglet et Pierre Bouretz, Folio essais 142 (Paris : Gallimard, 2002), p. 102.

personnes sont brutalement confrontées à une forme d'exclusion qu'ils n'avaient sans doute pas envisagée. Certes, leur précarité due à leur âge, leur situation civique et/ou leurs revenus pouvaient entraîner rapidement une dégradation de leur quotidien mais certains subviennent seuls à leurs besoins et ne nécessitent pas d'aide. L'arrivée brutale du numérique dans leur vie les fait basculer du côté des personnes en détresse, dépendantes et nécessiteuses. C'est une atteinte à leur dignité et à leur autonomie, à la personne qu'ils sont et qu'ils ont toujours été. Les voilà relégués au rôle de celui qui demande de l'aide pour tous les actes de la vie quotidienne, car l'informatique s'est installée partout, la poste, les gares, les supermarchés, l'électricité, le gaz et l'eau, les impôts, pour toute démarche administrative. Cet exemple montre que même dans des cas où des gens parviennent à garder leur autonomie, le *progrès technologique* peut avoir des conséquences délétères. Ils deviennent dépendants de leurs enfants, de leurs voisins, des autres, alors qu'ils vont bien par ailleurs. Ce qui est encore pire pour tous ceux qui vont mal.

Deux conditions sont essentielles à l'autonomie, la liberté comme indépendance vis à vis des influences extérieures, l'action possible comme capacité à agir intentionnellement³³⁹.

En médecine, toute personne venant en consultation sur sa propre décision est une personne autonome, même si elle a besoin d'aide pour marcher. Elle n'est pas dépendante intellectuellement parce qu'elle a besoin d'une canne pour se déplacer ou de quelqu'un pour sa toilette, elle est indépendante parce qu'elle a pris la décision de venir consulter et est sollicitée pour donner son aval (ou non) pour son traitement. Le médecin agit comme un expert dans un domaine jusque-là inconnu au patient. Pourquoi l'autonomie peut être vue comme un principe ? L'autonomie individuelle décrite dans la charte du patient

³³⁹ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 93.

hospitalisé³⁴⁰ note qu'il doit décider de sa propre conduite : « Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement ».

Dans le même ordre d'idée, Épictète conseille de se préparer à sa propre mort pour rester un homme libre tout au long de sa vie.

Le moi tend à se détacher de cette chose : pour être libre et se préparer à la mort je dois me dire que je suis mortel et ceux que j'aime aussi. Ainsi on s'habitue à juger que ces événements ne dépendent pas de nous : et il n'y a pas de souffrance³⁴¹.

En s'habituant, jour après jour, à l'idée de notre mort mais aussi de celle de ceux qu'on aime, Épictète précise que les hommes ne souffriraient plus. Donc la vie libre se découvrirait quand nous distinguons précisément les événements de notre vie sur lesquels nous avons un pouvoir d'action et les autres que nous devons subir. Le détachement est l'élément-clé de la philosophie stoïcienne. Cette philosophie est la quête d'une paix intérieure proche de l'ataraxie, pouvant ouvrir à l'acquisition d'autres capacités très aidantes pour notre métier. Le philosophe stoïcien explique qu'une fois qu'il a pris l'habitude de rester détaché, l'homme discerne les choses qui ne dépendent pas de lui. La liberté conquise est au prix d'un travail constant sur soi-même pour n'être préoccupé que par les choses sur lesquelles l'homme peut agir : il y a un devoir de se détacher. Mais ce devoir n'est pas pris dans un sens moral, bien ou mal, mais dans le sens de souhaiter construire une bonne vie. Si nous voulons réussir notre vie nous avons le devoir de nous détacher.

³⁴⁰ Ministère des solidarités et de la Santé, « Charte du patient hospitalisé », Pub. L. No. 95-22 (1995).

³⁴¹ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [3-4], p. 67.

Nous verrons dans la suite de ce travail la relation entre la liberté de soigner et d'être soigné et le détachement. Il nous semble important, dans un premier temps, que la réflexion sur le détachement s'appuie sur les principes éthiques de Beauchamp et Childress. Ces principes ouvrent la voie à l'élaboration d'une réflexion sur les habitudes de travail des soignants. Si nous pensons qu'à ces quatre principes peuvent s'en ajouter d'autres comme nous allons le montrer pour le détachement, ces auteurs développent une éthique se rapprochant de l'éthique des vertus par le travail qu'ils recommandent aux soignants au quotidien pour devenir bienfaisants, non malfaisants, justes et respecter l'autonomie de chacun. Nous pouvons nous détacher dès lors que nous avons acquis la connaissance de notre fonction : l'acteur sait parfaitement son texte quand il monte sur scène. Le soignant maîtrise totalement l'exercice de son métier quand il revêt sa blouse blanche. Comment le détachement peut-il devenir principe éthique à son tour ? C'est la question que nous abordons maintenant.

IV.3 Le détachement devient principe éthique.

De nombreux auteurs qui ont traité d'histoire de la théorie de l'éthique, plus particulièrement Spinoza et Kant, ont proposé une approche prudente de la compassion. Ils ont affirmé qu'un engagement passionné (et même compatissant) envers autrui aveugle souvent la raison et la réflexion impartiale. Les professionnels de santé comprennent ce phénomène et y sont sensibles. Le contact permanent avec la souffrance peut accabler et même paralyser un médecin ou une infirmière par ailleurs très compatissants. Le jugement impartial cède la place aux décisions passionnées et parfois à l'usure des émotions. Pour contrebalancer ce problème, la formation des médecins et des infirmières est conçue pour inculquer aussi bien le détachement que la compassion. Des expressions comme l'attention détachée et le détachement compatissant apparaissent dans l'éthique des soins médicaux, pour identifier expressément la caractéristique complexe du bon médecin ou de la bonne infirmière. Cependant, la compassion déplacée ou l'engagement émotionnel excessif ne peut servir que d'avertissement, et non pas de motif à un désengagement émotionnel. Les réactions émotionnelles ne sont pas nécessairement irrationnelles ou impulsives. Elles sont souvent maîtrisées et volontaires. Quand la compassion motive de façon appropriée et reflète le bon caractère moral, elle a sa place dans l'éthique aux côtés de la raison impartiale et du jugement impartial³⁴².

³⁴² Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 60.

Tenter de dire la vérité, celle qui aide à avancer, respecter son intimité, la confidentialité des propos, créer une habitude en soignant les mêmes personnes pour tisser un lien de confiance et enfin savoir soigner et chercher de nouveaux traitements dont pourrait bénéficier ce patient tout en préservant l'amélioration de sa santé sont toutes les recommandations émanant des pages de l'ouvrage de Beauchamp et Childress. Elles ont le mérite de poser ce que les auteurs nomment l'égalité des chances pour tous. Mais nous avons analysé chaque élément et réalisé comment nous pouvons être tour à tour mal-faisant ou injuste. Ces auteurs nous obligent à nous demander si ces recommandations peuvent servir de base de réflexion à une remise en question de nos pratiques pour le bien-être du patient et du soignant. Ils nous montrent la voie vers l'éthique des vertus. Cette éthique est un choix de vie pour chacun. Elle oblige à travailler tous les jours pour acquérir un comportement visant une vie bonne. Nous allons porter notre attention sur les méthodes de travail des professionnels de santé pour remettre en question ce qui appartient à l'habitude et à la routine. Les intentions visant une *bonne action* trouvent un catalyseur qui aide à la recherche permanente de l'excellence de la geste professionnelle et de la relation soignant-soigné. Ce révélateur serait le détachement.

Une image nous revient souvent quand nous évoquons l'idée de détachement, c'est celle du petit jeu en plastique que l'on appelait pousse-pouce. Il fallait ranger par ordre alphabétique les petites touches présentes dans l'encadrement. Mais ce n'était possible que parce qu'il y avait une case vacante pour faire coulisser tous les carrés et les amener à la bonne place. Ce *vide* pourrait symboliser le détachement, car il a besoin de cet espace pour produire du mouvement et sans mouvement il ne peut pas y avoir d'action.

IV.3.1 Quel sens le mot détachement a pour un soignant ?

Le détachement jette un éclairage nouveau sur des situations que nous connaissons tellement par cœur que nous ne voyons plus leur étrangeté. N'est-ce pas bizarre en effet, d'être une excellente technicienne du soin, pour ainsi dire, et de ne pas réaliser qu'on maltraite quelqu'un en lui annonçant une mauvaise nouvelle sans écoute, de pouvoir examiner quelqu'un sans prendre le temps d'expliquer. Pourquoi ne voyons-nous pas que nous sommes des intrus dans les chambres des patients ? Les patients essaient de construire un lieu privé que nous violons allégrement des dizaines de fois par jour. Ne pouvons-nous pas nous organiser pour ne déranger que quelques fois et laisser aux patients des espace-temps vierges de tout tracas ? Nous pouvons penser que le détachement se cale bien avec la non-malfaisance parce qu'il force un peu le soignant à s'observer en train de soigner. Alors le désir de revoir l'organisation du service en pensant aux malades et à leur vie propre, peut s'articuler avec la réflexion que chacun peut mener sur soi-même. Peut-être gagnerions-nous du temps à ne pas nous précipiter sur le corps du malade comme une chose à traiter ; nous regarderions dans le regard de l'autre qu'il a une bonne compréhension de l'information et qu'il se sent écouté. Ce jeu relationnel est une affaire de secondes pour celui ou celle qui s'habitue à le pratiquer. De son côté, le soigné ayant le temps d'accueillir le soignant dans sa chambre, se sent considéré comme un être humain digne et pourra essayer de prendre un peu sa douleur en charge, façon pour le soignant de rendre le malade acteur de sa maladie. Nous avons connu une vieille dame opérée de la hanche qui demandait de l'aide pour marcher en dehors des séances de kinésithérapie. L'équipe devait refuser souvent car elle n'avait pas assez de temps. Ces situations sont très difficiles pour les équipes par la difficulté qu'elles ont à se rendre disponibles. Dans l'exemple cité, avec du recul et surtout une façon différente

d'appréhender les problèmes, une aide-soignante pourrait poser son chariot, aller chercher la dame dans sa chambre et la faire marcher avec elle pendant qu'elle distribue les repas.

IV.3.1.1 L'intention de l'action

Sans être aussi brutale que Nietzsche, nous estimons que la pitié que nous ressentons devant la vulnérabilité marquée d'un être peut être spontanée et bienveillante. Le danger de basculer dans trop de sentiments va être à l'origine d'actions déplacées comme aider quelqu'un à manger quand il aurait voulu se débrouiller tout seul. « Les meilleures intentions du monde peuvent être entachées de motifs bien moins nets »³⁴³.

Enfin cette énergie déployée ne doit appeler à aucun espoir de reconnaissance. Nous faisons notre métier, nous sommes payée pour ça, nous avons choisi cette profession, et jamais aucun patient n'a le devoir de nous remercier. Le soignant ne peut exiger une contrepartie. Par contre le patient pourrait avoir un devoir de reconnaissance face à toutes ces personnes qui cherche à lui faire du bien, ce pourrait être à mettre au rang des devoirs moraux.

Toutes nos obligations d'agir pour le bien de la société semblent impliquer quelque chose de réciproque. Je reçois les bienfaits de la société, donc je dois promouvoir ses intérêts³⁴⁴.

Examiner pourquoi nous éprouvons le besoin de montrer à l'autre nos émotions compatissantes peut mettre en évidence le désir d'être fier d'être de *bons soignants*. Mais il est peut-être souhaitable de garder l'énergie de soigner essentiellement avec les émotions adaptées au vu des circonstances, que de chercher à être un soignant gentil grâce à la compassion. Prenons l'exemple d'un praticien désireux de soulager un patient et soucieux de poser un diagnostic. L'émotion qui l'anime ressemble à de la sympathie pour le malade, plus le malade souffre, plus la sympathie grandit. Mais « partager la peine du

³⁴³ Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie: choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque* (Paris : S. Arslan, 2013), p. 87.

³⁴⁴ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 240.

souffrir n'est pas le symétrique exact de partager le plaisir »³⁴⁵. Le médecin ne souffre pas vraiment, il imagine ce qu'endure le patient. Ce praticien est en face d'un dilemme car s'il calme la souffrance avant de le soigner, dans certains cas, le diagnostic est plus difficile à poser car la douleur peut être un des symptômes de la maladie. Mais s'il attend d'avoir tous les résultats des examens pour soulager le patient, celui-ci sera épuisé. Il se donne un petit peu de temps pour réfléchir, peser tous les aspects de la situation, bref délibérer. Avec le recul il comprend qu'il a besoin de toute la clinique pour valider le diagnostic auquel il pense. Par exemple, s'il ne se trompe pas, la douleur devrait céder d'elle-même dans les vingt-quatre heures. S'il se précipite pour soulager la douleur, ému par la souffrance du malade, il va mettre plus de temps à poser le diagnostic et surtout à prescrire le traitement adapté. La décision de rechercher le diagnostic avant de soulager s'inscrit dans le principe de bienfaisance, car si apparemment il laisse le malade avec sa douleur, celui-ci recevant tout de suite le traitement adéquat, s'améliorera plus vite et quittera plus vite l'établissement. Mais soulager la douleur répond au principe de bienfaisance aussi, vouloir du bien pour le patient dans un premier temps mais pas à long terme. Cela pourrait finir par nuire au patient. Comment qualifier l'instant de réflexion ? Est-ce une forme de détachement ? Être en capacité de laisser volontairement souffrir aujourd'hui quelqu'un pour qu'il s'améliore plus vite, relève d'un principe proche du détachement. Le détachement aidé par le courage a comme toile de fond le désir de faire du bien au patient. Ce praticien a su laisser de côté ses émotions presque son humanité pour être meilleur praticien. Il n'a pas pris la voie toute droite mais a fait un détour. Nous verrons plus loin avec Hare la nuance qu'il y a entre l'intuition et la réflexion. Nous sentons aussi que nous touchons à des vertus comme le courage et des sentiments comme la confiance. « C'est donc le fait d'affronter les situations pénibles, [...], qui vaut d'être

³⁴⁵ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 223.

appelé courageux »³⁴⁶. Le détachement devient un axe de réflexion dans la délibération qui ouvre à une action et c'est en cela qu'il devient principe et peut être installé aux côtés des quatre principes proposés par Beauchamp et Childress.

Un autre exemple impliquant le principe d'autonomie est intéressant à citer surtout dans le climat actuel de respect très poussé du principe de précaution : nous avons connu un médecin gynécologue qui préférait laisser fumer quelques cigarettes par jour à une patiente enceinte très addictive au tabac, plutôt que de risquer qu'elle tombe dans un état de nervosité telle que le bébé pourrait aussi en souffrir. Le verbe utilisé par Beauchamp et Childress est *empêcher* une action nuisible au patient. Comment rester bienfaisant, en devenant non-malfaisant dans nos actes ? Ce gynécologue a pesé le bénéfice/risque pour la mère et son enfant et la balance a penché du côté de laisser fumer un peu. Quelque part il désobéit à la loi, au conseil de l'ordre et à l'avis populaire. Nous ne pouvons pas affirmer que ce médecin a utilisé un temps détaché pour arriver à sa conclusion, sans doute son expérience y est pour beaucoup. Mais le détachement pourrait aider à formuler ce calcul et mettre tous les éléments sur la balance pour prendre une décision adaptée à *cette* femme. La loi et les codes de déontologie encadrent les pratiques des soignants mais ils ont une liberté de décision qui relève de l'éthique. Ce principe d'autonomie soutient une action bienfaisante ou au moins non-malfaisante. Dans cet exemple, nous pouvons accorder à la patiente l'idée qu'elle a bénéficié d'une réflexion adaptée à son cas. Elle pourra peut-être mieux se prendre en charge et être reconnaissante que son gynécologue respecte ses actes sans la juger en la laissant réfléchir sur les conséquences du tabac sur sa grossesse. Lui interdire de manière radicale le tabac aurait induit un comportement infantile sans doute comme un adolescent qui fumerait en cachette. Ce soignant grâce à

³⁴⁶ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. III [1117 a 22-35].

sa décision a reconnu cette femme avec ses qualités et ses défauts et a su la traiter en femme adulte et responsable, autonome.

Pour soigner, il ne suffit pas de pouvoir, il faut aussi vouloir, et cette intention ne peut être qu'adressée, elle ne peut que viser le destinataire du soin et ceci quelle que soit la motivation de cette intention (mais il en faut une !) »³⁴⁷ .

³⁴⁷ Frédéric Worms, *Le moment du soin : à quoi tenons-nous ?* (Paris : PUF, 2010), p. 22.

IV.3.1.2 Peut-on éprouver trop d'empathie ?

Imaginez un soignant qui vivrait l'histoire de la maladie de chacun des patients dont il s'occupe comme s'il s'agissait de lui. Certains pourraient nous répondre que cela est normal et agiteraient l'argument que tout soignant doit ressentir de l'empathie pour les malades. Mais trop de compassion bloque la relation par la trop grande proximité des deux protagonistes et nous ne pouvons pas trouver de fluidité dans les gestes et les paroles.

Le sentiment d'avoir trop donné conduit à une impression de vide intérieur.
« J'ai donné toutes mes forces, toute mon énergie, je suis vidé, je n'ai plus rien à donner » [...] Sans la réciprocité, l'individu se vide littéralement³⁴⁸.

Nous avons rencontré une infirmière qui ne supportait plus les patients. Elle parlait même de dégoût. Et pourtant, disait-elle, j'ai beaucoup aimé exercer ce métier. N'a-t-elle pas trop investi une part d'elle sans se rendre compte que chaque patient lui prenait un peu de son énergie ? Nous pouvons lui prêter la phrase de Diderot écrite à l'intention des acteurs :

Très chaud à la première représentation, il serait épuisé et froid comme un marbre à la troisième³⁴⁹.

Pour avoir trop collé à son rôle, elle ne peut plus continuer à *jouer*. Mais les émotions ne sont pas contraires à l'éthique et ne peuvent pas être notées bonnes ou mauvaises car, comme nous l'avons vu, elles ne portent pas la responsabilité de l'action. Dans son article, Pierre Le Coz explique que c'est l'intensité de nos émotions qui peuvent nous engloutir.

³⁴⁸ Dominique Bourgeon, « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du MAUSS* 41, n° 1 (2013): p. 153, <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0153>. p. 153.

³⁴⁹ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 11.

« Être humain c'est maîtriser ses émotions »³⁵⁰. La colère, par exemple, peut-être le signe d'une valeur bafouée. Nous sommes choqués par des situations contraires à nos valeurs, c'est honorable, mais nous ne pouvons pas exploser à tout moment quand nous ne sommes pas d'accord ; nous rencontrons ce comportement pendant l'adolescence mais à l'âge adulte, on apprend à agir pour défendre nos valeurs sans avoir besoin de crier. Anscombe dans son ouvrage sur *l'intention* parle de poser la question du « pourquoi j'ai fait telle action ». La réponse pourrait être « je ne sais pas, je devais le faire ». L'idée est de chercher où se situe la volonté dans le désir de l'action, et elle écrit :

La vérité est l'objet du jugement, et le bon l'objet du vouloir. Pour autant, tout ce qui est jugé n'est pas forcément vrai, et tout ce qui est voulu n'est pas forcément bon³⁵¹.

Autrement dit, Anscombe explique que ce n'est pas parce que nous voulons agir que l'action est bonne. Ce n'est pas non plus parce que nous avons porté un jugement sur une situation que ce jugement est le bon, donc que l'action qui va en découler est la bonne. Donc si un soignant juge que le traitement proposé est bon et que vouloir effectuer ce traitement est bon ne suffit pas. Beauchamp et Childress donne l'exemple d'une femme à qui on a révélé qu'elle avait un cancer au niveau d'un fémur et qu'il fallait l'opérer de la hanche rapidement pour la sauver. La patiente refuse et il a fallu un temps important pour comprendre qu'elle pensait qu'une information venant d'un chirurgien noir ne pouvait qu'être fautive. Regardons maintenant ce que nous entendons par « juste distance ».

³⁵⁰ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010), p. 58.

³⁵¹ G. E. M Anscombe, *L'intention*, trad. par Mathieu Maurice et Cyrille Michon (Paris : nrf, 2002), p. 134.

IV.3.1.3 Juste distance

Quand nous réfléchissons à plus de justice ou plus de bienfaisance ou moins de malfaisance ou plus d'autonomie nous voyons que nous sommes remplis de bonnes idées, de bonnes intentions pour agir. Cela ne suffit pas, certes nous devons chercher la juste distance et vouloir rester sinon neutre du moins en surplomb de la situation pour l'analyser dans ses moindres aspects. La difficulté pointée dans la note d'Anscombe est de ne pas se tromper de vérité pour le patient, notre vérité de soignant n'est pas forcément la sienne. Les étudiants infirmiers apprennent pendant leurs études à réfléchir sur cette distance. Quel principe pourrait aider à se positionner pour dépasser le simple concept de bonnes intentions ?

On comprend, par ce bref exposé, que l'amitié ne saurait entrer dans le cadre d'une éthique du soin et de l'accompagnement, sauf à verser dans la démagogie³⁵².

Le détachement permettrait de prendre de la hauteur et, comme un metteur en scène recule pour embrasser d'un regard la scène et porter un jugement, le détachement éclairerait la situation pour la révéler. Soudain nous découvririons des aspects du soin que nous avons regardés mais pas forcément vus. Par exemple, ce serait constaté que le patient, quand nous entrons dans sa chambre, pratique une activité ; il médite, lit, téléphone, travaille ou même pleure. Demandez à un soignant qui sort d'une chambre ce que faisait le malade quand il est entré, très peu pourront vous répondre. Si nous apprenons à nous détacher nous apprenons à nous décoller du sujet et à le décoller. Quand nous souhaitons être plus bienfaisant et plus juste avec les patients tout en respectant leur autonomie nous devrions d'abord reculer pour examiner les moyens dont nous disposons. C'est le travail que réalise

³⁵² Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, pp. 15-20.

une équipe soignante pour décider de l'avenir d'un patient, décision éthique sur laquelle nous reviendrons.

Pour son efficacité, la relation de soin implique une distance affective qui préserve l'objectivité du jugement du médecin. L'amour est contraire à la médecine hippocratique³⁵³.

Regardons comment se comporte le détachement dans différentes situations liées aux principes éthiques : il faut être très courageux pour faire froidement souffrir un enfant même si les soignants sont convaincus que c'est pour qu'il aille mieux. Alors, comment peut se situer le soignant dans pareil cas ? Sans doute peut-il s'installer tout à fait dans son rôle de soignant pour rester avant tout professionnel, c'est le minimum que la société lui demande mais ce n'est pas si simple. En général, aucun soignant ne rechigne à appliquer un traitement aussi douloureux soit-il, sauf peut-être auprès des enfants. Les soignants doivent rester performants tout au long de la journée pour l'application de chaque soin, qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Mais au-delà du rôle de professionnel, il doit tenir compte des émotions qui vont l'envahir au contact de l'enfant par exemple. Comment repérer ses sentiments, les identifier et les mettre au service du geste à effectuer ? Le détachement agit comme un révélateur de passions. Si quelqu'un a le nez sur une image il ne voit rien, s'il recule il est capable de voir la scène dans son ensemble. Alors, si le soignant ne se précipite pas sur le petit malade, qu'il laisse du champ entre lui et l'enfant, du temps pour le regarder et peut-être craindre moins pour ce petit être, il va adapter son discours et son attitude aux messages qu'il perçoit et qu'il envoie. Il peut identifier chez lui-même aussi peut-être une sorte de peur et d'appréhension à effectuer ce soin, et c'est peut-être à cet endroit qu'il faut agir. Calmer

³⁵³ Céline Lefève, *La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ?* (Paris : PUF, 2010), p. 113.

la crainte de faire mal pour être convaincu du bien-fondé du geste change absolument la relation. L'enfant voit entrer dans sa chambre un adulte calme, bienfaisant et confiant dans l'acte à effectuer ; alors ce petit peut se laisser approcher par cet adulte rassurant et peut-être avoir moins mal.

À l'inverse, ceux, trop coupés de leurs émotions, doivent aussi s'arrêter un moment pour réfléchir à leurs actes. Ils doivent réaliser qu'ils sont efficaces mais malfaisants sans le savoir. Ces attitudes rapides et opérantes sont très courantes actuellement surtout avec la réduction de personnel dans tous les services. Le détachement bien compris ne prend pas plus de temps et crée de l'empathie bienvenue. Les émotions, les sentiments et les passions doivent revenir pour donner du sel à tous nos gestes. Accepter ses sensations et se détacher n'est pas incompatible avec un soin parfaitement bien effectué. Si nous travaillons à créer une ouverture à l'autre, nous gommons un temps l'asymétrie de la relation car nous montrons aussi un peu de notre fragilité. Le détachement permet de regarder cette fragilité en face et de *jouer* avec. Nous prenons conscience de nos capacités et de nos faiblesses ; nous réalisons jusqu'où nous pouvons nous investir : « Et dans le cas de la sympathie qui va de soi à l'autre, l'égalité n'est rétablie que par l'aveu partagé de la fragilité, et finalement de la mortalité »³⁵⁴ .

³⁵⁴ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 225.

IV.3.2 Détachement et Autonomie

Quand nous parlons d'autonomie, nous évoquons la possibilité qu'a un individu à décider de lui-même dans le cadre hospitalier. La loi a voulu garantir la décision libre et éclairée du patient. Le respect de l'autonomie doit garantir à chacun le droit d'avoir des opinions, de faire des choix et d'agir en fonction de ses valeurs et de ses croyances. Respecter l'autonomie n'est pas toujours très simple et le détachement est très adapté à cette question parce qu'il donne ce champ, champ de liberté pour le patient et le soignant. C'est un endroit où ils peuvent se retrouver presque d'égal à égal. Nous sommes dans un ressenti réciproque, en dehors de l'aspect thérapeutique où le médecin doit savoir évaluer la proportion de risques que prend le malade en refusant le traitement par exemple. Alors il doit savoir expliquer sans pour autant vouloir le convaincre par la peur mais bien en faisant appel à son discernement. Mais Stuart Mill précise :

Dans la mesure où celles-ci (les convictions), n'interfèrent pas avec une expression de liberté similaire³⁵⁵.

La liberté de l'individu doit être contenue dans cette limite : il ne doit pas nuire à autrui³⁵⁶.

Mill pose la condition suivante : la liberté ne doit pas interférer avec celle de l'Autre. Le respect de l'autonomie n'est recevable qu'à cette condition. Dans l'exemple qui suit nous illustrons la place que prend le détachement dans des situations chargées de représentations négatives : depuis quelques années nous rencontrons à l'hôpital des femmes musulmanes qui (leur mari surtout) exigent que leur religion soit respectée à la

³⁵⁵ John Stuart Mill, *De la liberté*, (Paris : Gallimard, 2002), p. 146.

³⁵⁶ *Ibid.*, p. 146.

lettre. Il s'agit bien de leurs croyances, que nous devrions respecter, mais elles ne sont pas toujours en adéquation avec la vie à l'hôpital, comme les normes d'hygiène par exemple. Elles ne veulent pas ôter leur foulard et ne veulent pas mettre les vêtements obligatoires dans certains services, comme les pyjamas à usage unique ou tunique pour des raisons d'hygiène (on ne rentre pas au bloc opératoire avec un foulard venant de l'extérieur). Leurs maris ne veulent pas les laisser toutes seules entre les mains des médecins et des chirurgiens-hommes. Bref leurs exigences ne cadrent pas avec la loi française et le code des bonnes pratiques en usage dans les hôpitaux. Elles et leurs maris revendiquent le droit de faire ce qu'ils veulent dans un pays de liberté. Mais ils confondent liberté et autonomie. Il n'y a aucun propos raciste, simplement s'ils entrent à l'hôpital ils doivent chercher à rester autonomes. Être autonome est choisir sa propre loi mais il y a une loi qui est la loi commune pour laquelle nous avons voté. Aucun individu adulte en pleine maturité ne peut agir selon une loi qui lui est personnelle. La religion reste dans la sphère familiale et privée. Tout cela est juste et recevable mais ce discours n'est ni reçu ni entendu par ces familles musulmanes très pratiquantes. Alors, un soignant va s'arrêter avec eux, s'asseoir, les écouter sans essayer de les convaincre parce que ce n'est en général pas possible, mais rester très professionnel. Ce soignant va exposer par le menu tous les aspects de la maladie de cette femme, les raisons du traitement, les conséquences selon ce que décident le mari et la femme. Il est inutile d'être autoritaire, cassant ou arrogant. Nous sommes la plupart du temps en désaccord avec ce type de comportement, mais que gagnons-nous à leur faire sentir ? Nous oublions que notre but est de soigner cette personne pour qu'elle aille mieux en respectant les règles en vigueur. Le détachement donne de la hauteur à la réflexion et va pouvoir trouver un terrain d'entente pour agir. Nous allons passer un contrat avec ce couple mais sans doute faudra-t-il que nous fassions des concessions. Nous laissons bien un enfant rentrer dans un bloc

opératoire avec un doudou crasseux, alors pourquoi ne pas laisser cette femme avec son voile par exemple et lui couvrir avec un bonnet de bloc dès qu'elle rentre dans une salle d'opération ? Nous voulons montrer à travers ce cas précis qu'il y a toujours une solution même dans des situations à haut risque. Si chacun reste campé dans ses positions cela se terminera par un conflit et tout le monde en ressortira perdant. Si le soignant s'arrête et recule pour balayer du regard la situation grâce au détachement, le fait de couper les liens avec l'hystérie quotidienne, il se met en capacité de régler le problème pour que chacun sente qu'il sort gagnant de la négociation.

Il ne peut y avoir autonomie que s'il y a adhésion au système et à ses règles. Il y a de vraies difficultés à respecter l'autonomie de chacun, dans sa prise de décision, dans le respect de ses croyances. Les indiens Navajo se sentent condamnés à mort quand on leur explique les risques qu'ils courent en se faisant opérer. Ce sont leurs croyances : « Ils attendent un « langage rituel positif »³⁵⁷ ; le praticien doit aller au-delà de leurs peurs car il doit convaincre cette personne de se laisser soigner pour qu'elle aille mieux. Il ne veut pas les persuader mais les convaincre. Il ne fait pas de prosélytisme, c'est son devoir de soigner et il doit tout faire pour qu'ils comprennent l'intérêt qu'ils ont à suivre le protocole de soin qu'il leur offre. C'est une autre situation que la précédente mais toujours en rapport avec les croyances d'un individu. Par le biais du détachement nous devons mesurer l'impact de sa profonde conviction à se sentir condamné à mort pour amener cet indien sur le chemin d'un début de traitement. Il faudra absorber toute sa croyance pour comprendre comment elle s'articule dans la vie de ce malade, pour la faire nôtre et appréhender la terreur qu'il ressent à se faire opérer. Ce n'est qu'à cette condition que le praticien trouvera le chemin pour l'amener à l'intervention nécessaire.

³⁵⁷ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 100.

Détachement et autonomie sont inséparables, la relation réciproque ne peut exister que s'il y a un temps qui permet de différencier les malades les uns des autres et fait naître le respect décrit par Kant comme sentiment moral. La loi Kouchner a été un premier pas vers une autonomie du patient. « Et la démocratie médicale a fait son entrée dans la loi : Loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, sur la « démocratie » [...]»³⁵⁸.

L'autonomie considère chaque homme responsable de lui-même, donc en capacité de se prendre en charge. À certains moments, chacun peut avoir besoin de l'autre, car tout le monde peut être momentanément défaillant comme au début ou à la fin de sa vie. Autonomie et détachement s'appellent et se repoussent, chacun essaie de vivre en ressentant le plus de plaisir et le moins de peine et en gardant à l'esprit qu'en France, dans une société démocratique, chaque citoyen, quel que soit sa condition, a des droits et des devoirs et peut aller et venir librement dans le respect de la loi commune. Le détachement pourrait créer un espace de liberté pour le malade. Il peut alors regarder lui aussi celui qui le soigne avec la même idée d'être soigné par quelqu'un d'unique. Le silence à cet instant est sûrement le meilleur outil.

Entreprendre le long chemin pour retrouver la grâce, le chemin qui commence et qui finit dans le silence. Le long chemin silencieux pendant lequel il ne sert à rien de parler, ni de savoir de quoi le paradis est fait. La grâce, ça ne s'explique pas et ça ne se parle pas³⁵⁹.

Quand les patients se sentent liés au service, ils sont dépendants. Ils sont liés par le besoin de soin qu'ils éprouvent devant la maladie, liés au savoir des professionnels de santé, liés au rythme du quotidien, liés à leur lieu de vie que certains ne peuvent pas ou n'ont pas le

³⁵⁸ Olivier de Dinechin, « Les poussées d'un droit à la santé », *Revue Projet* Vol. 304, n° 3 (2008), p. 37, <https://doi.org/10.3917/pro.304.0037>, consulté le 17/09/2019.

³⁵⁹ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), pp. 142-143.

droit de quitter. Si ces liens sont trop lourds, la relation est faussée car le regard ne peut pas être cette reconnaissance réciproque. On n'est pas reconnaissant vis-à-vis de personnes qui contraignent, même si c'est pour son bien. Tout au plus peut-il se créer un lien de confiance. Il faut rester libre pour être reconnu et reconnaître. Le propre de la tyrannie est de ne plus identifier les personnes et de les soumettre à une même règle quel que soit leurs différences. Dans les services hospitaliers, nous ne parlerons pas de tyrannie ; mais pour être efficaces, nous avons tendance à vouloir ranger les patients dans des catégories : *c'est plus pratique, ça fait gagner du temps, c'est aussi plus rentable*. Rendre chaque patient le plus autonome possible, nous aide aussi à retrouver du temps pour les autres. Nous parlons à la fois de l'autonomie physique et de l'autonomie citoyenne. Nous sommes libres si nous n'avons pas de lien, si nous ne sommes pas attachés. Pour reprendre l'exemple de la relation parents-enfants, il y a un moment de la vie de l'enfant où il faut s'en détacher car il doit devenir un adulte autonome et responsable. Un patient autonome intellectuellement assume sa pathologie et son traitement et, en charge de travail, fait gagner du temps à l'équipe soignante. Nous sommes des soignants responsables mais le patient est aussi responsable de lui-même. Il a droit à son autonomie civile, celle qui autorise toute personne à décider de lui-même.

Le médecin applique les règles de l'éthique qui incluent l'autonomie pour le patient. Comment celui-ci peut-il vouloir être autonome alors qu'il est pris en charge et peut-être même souhaite cette prise en charge ? A l'hôpital, il lui est demandé d'être tour à tour acteur de sa maladie et d'écouter les décisions prises à son encontre, prises *pour son bien*.

Il doit se prendre en charge mais se laisser soigner. Dans un premier temps cet homme/femme paraît soumis aux soins mais aussi aux perceptions envoyées par son corps : douleur, vide, blocage, nausées... L'homme est dépendant de ses sensations. Tous ces aspects ne semblent relever que de la contrainte. Kant écrit :

D'un côté, en tant qu'il (l'homme) appartient au monde sensible, il est soumis à des lois de la nature (hétéronomie) ; *de l'autre côté*, en tant qu'il appartient au monde intelligible, il est soumis à des lois qui sont indépendantes de la nature, [...], mais fondées uniquement dans la raison.³⁶⁰

Et pourtant nous devons tout faire pour qu'il regagne sa part d'autonomie qui le caractérise en le regardant autrement.

Veiller, dans la santé, à construire une « vérité capacitaire » qui donne au sujet malade les moyens physiques et psychiques de dépasser sa maladie est, du reste, un fait de toute importance en médecine³⁶¹.

³⁶⁰ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 136.

³⁶¹ Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, (Paris : Gallimard, 2019), p. 23.

Information et détachement

Quand quelqu'un exprime le souhait de ne rien savoir, faut-il respecter son désir ou faut-il le contraindre à écouter ? Souvent, les patients, se sachant atteints d'une grave affection, ont tendance à fuir, à rejeter l'information qui dans un premier temps leur semble très injuste et insupportable mais sans doute, reviendront-ils demander des détails, touche par touche pour tenter de comprendre et donner du sens à leur détresse. Les soignants doivent être très subtiles dans leurs réponses et sentir que ce patient ne veut pas tout savoir d'un coup ; il absorbe ce qu'il peut lentement comme une terre saturée d'eau, il est saturé d'angoisse. Quelle intention se cache derrière une information médicale ? Comment décider de ce qu'il faut dire ou pas ? À quel moment faut-il parler ? Quel ton doit-on employer ? Les verbes utilisés sont ceux d'une morale kantienne : *il faut, on doit* parce que l'éthique emprunte le vocabulaire de la morale. Certaines personnes peuvent se raconter des histoires et pourquoi pas. Enfin, d'autres veulent essayer de ne pas se laisser dominer par le corps médical et rester maître de la situation. Ce peut être des chefs d'entreprises habitués à exercer de lourdes responsabilités. Il leur est difficile d'admettre que cette fois-ci ils *ont perdu* en quelque sorte ; ils ont basculé du côté de ceux qui ne se suffisent plus à eux-mêmes, ils doivent demander de l'aide.

Ce n'est pas un homme facile. Pas du tout. C'est vraiment quelqu'un d'habitué à donner des ordres, quelqu'un qui a été puissant et qui à présent ne supporte pas cette impuissance, au sens ordinaire du mot. C'est quelqu'un qui par arrogance, ne veut pas montrer qu'il est pétrifié de peur.³⁶²

La loi rend le malade responsable de la décision de se soigner ou non. Si ces codes et ces lois encadrent nos pratiques, la bonne information distribuée à la bonne personne, de la bonne manière, au bon endroit et au bon moment pour le dire ne tombent pas sous le coup

³⁶² Eduardo Berti, *Une présence idéale*, roman, (Paris : Flammarion, 2017), p. 56.

de la loi. Ces nuances sont mises en œuvre par un travail personnel dont nous reparlerons dans le chapitre sur les vertus et tombent dans le domaine de l'éthique. Nous pouvons prendre du temps pour dire et redire, reformuler. C'est ce qui se fait dans les consultations de cancérologie. Dans les services d'oncologie, la consultation médicale de l'annonce du cancer est suivie d'une consultation infirmier(ère). Médecin et infirmier(ère) n'ont pas la même intention, car ils n'ont pas la même mission : le médecin doit traiter le patient, et pour ce faire, souhaite obtenir le consentement du malade ; l'infirmier(ère) cherche à repérer si le patient a compris la gravité de la situation, elle demandera au patient de reformuler ce qu'il a entendu pour corriger et compléter si besoin. Une fois que le futur patient a rencontré les deux professionnels, le médecin lui demande son consentement. En général, celui-ci apprécie de rencontrer et d'échanger avec ces deux interlocuteurs, car ils sont complémentaires. Même plein de toute sa détresse, il a conscience qu'un service entier s'occupe de lui. Il est le seul à pouvoir accepter ou non l'offre médicale. La vérité est ce que le malade a entendu, compris et accepté et qui correspond au message du médecin : le traitement peut alors commencer car les deux parties sont en adéquation. Quel rapport avec le détachement ? De plus en plus les patients veulent tout savoir, pour de nombreuses raisons ; celle de vouloir être autonome justement et assumer ce temps de la maladie. Donc l'information doit s'adapter à chaque patient et le praticien doit faire le travail d'adapter son discours à chacun dans un temps très court au cours des consultations. L'habitude de prendre quelques secondes pour visualiser ce face-à-face pourrait être provoquée par l'art de se détacher.

IV.3.3 Détachement et Justice

Chaque fois qu'un individu est privé d'un besoin essentiel pour lui, il ressent une forme d'injustice : « Dire qu'une personne a besoin de quelque chose revient à dire que, sans ce quelque chose, elle subira un tort ou sera affectée négativement »³⁶³. Nous avons vu plus haut que la justice est radicale, dénuée de toute émotion. Cela représente une force dans une relation tellement chargée de sentiments contradictoires. Elle peut devenir une faiblesse si elle devient aveugle comme l'idée de diviser en parts égales le temps à accorder à chaque patient. Mais à l'inverse ne rien vouloir équilibrer peut devenir très délétère pour les deux parties : si un soignant se donne jusqu'à l'épuisement, si le patient s'abandonne au point de perdre le contrôle, perd tout désir personnel et ne fait plus de projets, tout le monde est non seulement perdant mais court un risque de ne pas se voir donc pas se regarder ni s'écouter. C'est une rencontre ratée et qui n'est pas sans conséquence.

Rawls pose deux principes de justice, le premier s'adresse à chaque membre de la société et l'autre à la société elle-même. En parlant des inégalités, cet auteur écrit : « ainsi si le système est juste, chacun recevra une contrepartie équitable à condition que chacun (y compris lui-même) coopère »³⁶⁴. Les acteurs de santé savent doser un traitement médical donc cela devrait être facile pour eux d'être juste, de donner avec discernement ; apprendre à faire une *prescription de justice* pour organiser notre temps et nos gestes en fonction de chacun et pour le plus grand bien de tous ceux que nous soignons doit rentrer dans nos compétences. Le principe de détachement intervient à ce moment de la réflexion comme superviseur de cette prescription ; il est le seul habilité à mettre en place un calcul

³⁶³ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 322.

³⁶⁴ John Rawls, *Théorie de la justice*, (Paris : Points, 2009), p. 142.

sensé pour le soignant et pour le soigné. Plus un soignant sera équitable, plus le soigné en bénéficiera. Le soignant sera juste pour le patient mais pour lui-même en créant un arrêt sur image dans la course effrénée du quotidien ; ce soignant offre au patient et à lui-même la possibilité de se retrouver quelques secondes. L'idée de justice prendra toute sa place mais s'il est extrêmement difficile de décider de la dose de temps, de soin pour chacun, chaque soignant connaîtra la raison pour laquelle il offre cette quantité à celui-là et moins à l'autre par exemple. Cela a l'immense avantage de clarifier le positionnement du soignant et de le tranquilliser quant à l'organisation de son travail. Il propose ce qu'il possède ni plus ni moins, au-delà il ne peut pas ; il est juste, juste ce qu'il faut. L'autre bénéfice plus politique se situe dans la réalisation des soins avec les moyens offerts par l'institution ; nous pouvons critiquer cette offre de soins parce que nous sommes souvent en pénurie de personnel, de matériel ou autres, mais le patient est là et il faut agir en tenant compte de toutes les contraintes même celles avec lesquelles nous sommes en désaccord.

IV.3.4 Et si le patient se détachait ?

En autorisant le patient à se détacher, en même temps que le soignant respecte l'espace et le temps du patient, nous évitons les actions intéressées sous couvert de bienfaisance. Par exemple l'attitude du soignant à l'heure du repas devant un patient qui ne peut plus se servir d'un bras peut entraîner deux actions à l'opposé : soit spontanément l'infirmière ou l'aide-soignante lui donne à manger pour aller plus vite et pouvoir débarrasser les plateaux rapidement ; soit ce soignant prend quelques secondes pour regarder ce que le malade tente de faire tout seul, et comprendre qu'il faut le laisser se débrouiller ; alors il ressort de la chambre et ferme la porte. Ainsi nous pouvons secourir à bon escient et apporter un soin qui sera reçu avec le soulagement logique qui doit l'accompagner. « Connaître la réalité, les causes et les effets de ces affects (éviter le *burn out*) [pour créer] la juste distance »³⁶⁵.

Le temps occupé à regarder l'autre pour le reconnaître est un temps nécessaire pour comprendre ses besoins. Si nous ressentons une forme d'aversion pour une personne, il faut privilégier des attitudes très retenues et respectueuses vis-à-vis de celui qui est couché. Car si celui qui est malade veut aussi être bienveillant, nous devons lui ouvrir une fenêtre pour qu'il puisse l'être. C'est sa manière à lui de dire : « je suis comme vous, un homme mais pour l'instant je suis malade ». C'est le détachement qui ouvre la voie vers une bienfaisance réciproque et non unilatérale comme elle est souvent décrite. Nous évitons aussi de créer une relation binaire avec l'une des parties qui a le pouvoir et l'autre qui est soumise. Dans cette nouvelle relation chacun peut se sentir tour à tour faible et fort. Imaginons une relation avec un malade qu'on ne touche pas tout de suite parce que dans ce lieu qu'est sa chambre, son domaine privé devant la loi, il y a un autre lieu qui

³⁶⁵ Céline Lefève, *La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ?* (Paris : PUF, 2010), p. 114.

est son corps et à la porte duquel il faut frapper aussi et surtout. C'est exactement dans cette fenêtre que se glisse l'éthique. Aucun législateur ne condamnera un soignant pour avoir fait un pansement à quelqu'un sans avoir attendu ou entendu s'il était prêt. Nous sommes dans ce lieu étrange où la loi n'intervient plus, notre morale n'est plus forcément bonne conseillère, et il y a une place pour autre chose. C'est à la fois du respect et de la reconnaissance, c'est signifier que nous avons reconnu la dimension privée du patient, cet espace où nous n'avons pas accès.

L'autonomie physique étant calculée par le biais de grilles évaluatrices, est du domaine d'une réflexion comptable, car l'organisation du service est déterminée en fonction du nombre de patients. Certes, pouvoir se débrouiller tout seul pour manger ou se laver est considérable quand on a été longtemps dépendant, mais il ne s'agit pas que de cette seule autonomie. Quand toutes ces mauvaises impressions physiques se seront apaisées il semble que le soigné pourra retrouver un peu de son entendement pour vouloir sortir du service et rentrer chez lui. Il faut un peu de temps et d'espace laissés par la souffrance pour qu'il puisse se poser, réfléchir sur son état et désirer autre chose. Pour le soignant, nous avons évoqué une suspension, un arrêt dans l'activité journalière pour caractériser ce temps de réflexion ; pour le soigné, nous pensons plus à une pause : un instant favorable débarrassé de trop de contraintes physiques pour se poser les bonnes questions et donner les bonnes réponses. Mais ces contraintes obligent l'homme à chercher son indépendance et sa liberté, à les sublimer pour aller au-delà ; la personnalité qu'il développe représente : « le pouvoir d'un être qui est soumis à des lois, pratiques pures données par sa raison »³⁶⁶. Kant distingue le monde sensible, auquel nous sommes soumis et que nous tentons de comprendre par l'entendement, et le monde intelligible où

³⁶⁶ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 136.

la liberté peut se déployer en tant « qu'idée de la raison »³⁶⁷. C'est cette idée de la raison que nous aimerions appliquer au soigné pour qu'il garde ou qu'il retrouve cette liberté, excepté dans certains cas de pathologies psychiatriques lourdes ou de perte de conscience. Cette intelligence ouvre un chemin vers le détachement, où chacun, soignant comme soigné, peut trouver un endroit pour décider la conduite de sa vie. « Cet espace, [...], devrait pouvoir épouser le désordre de la vie, de la pensée et des affects »³⁶⁸. Le détachement pourrait être le lien entre le sensible et l'entendement. Il pourrait être perçu comme une aide à la décision, un éclairage pour avancer dans cette réflexion. À travers cette idée de décision, le détachement ne se prononce pas encore vers une éthique ou une autre. Mais, ce qu'il amène est essentiel pour mettre en lumière tous les angles morts de la situation et ainsi engendrer une décision adaptée aux circonstances du moment.

Ou bien l'individu fait ce qu'il estime être son devoir et s'en remet pour le reste à Dieu ou à la chance ; ou bien il se dispose à répondre des effets, même indirects et pas immédiats, de son action et cherche à l'adapter en conséquence³⁶⁹.

Gilbert Hottois explique que l'individu peut prendre une décision en vue d'une action de deux manières : soit à travers une éthique déontologique en identifiant l'idée qu'il a du bien et du mal, en laissant les conséquences de cette action entrer dans une dimension théologique ou hasardeuse, soit il est conséquentialiste, c'est-à-dire qu'il mesure le potentiel de bénéfices et de risques en fonction des éléments qu'il a en sa possession au moment où il prend sa décision, en imaginant toutes les conséquences possibles induites dans cette action. Nous devons permettre au soigné de ne jamais perdre de vue qu'il a le

³⁶⁷ *Ibid.*, p. 134.

³⁶⁸ Céline Lefève, *La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ?* (Paris: PUF, 2010), p. 116.

³⁶⁹ Gilbert Hottois, « Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction », *Laval théologique et philosophique* 52, n° 2 (1996) : 489.

choix et qu'il doit se servir de cette liberté pour avancer tous les jours un peu plus. Et même si la décision prise, tant par l'équipe médicale que par le patient, se révèle plus tard être une erreur, cela ne doit pas compromettre l'idée que c'était la bonne décision à prendre ce jour-là et que le malade peut décider. L'erreur est sûrement mieux acceptée et assumée quand chacun sait avoir pris le temps qu'il fallait avec les cartes qu'il avait en mains. Ce point de vue est intéressant, car dans l'histoire d'une maladie tout le monde sait, qu'à vingt-quatre heures près, tout peut basculer et les critères du choix présents la veille peuvent changer radicalement.

Il est difficile de considérer quelqu'un très diminué physiquement et psychologiquement, incapable de réfléchir, d'avoir des désirs, et il est facile de décider pour lui de la meilleure manière de poursuivre le traitement. Le soignant considère qu'il n'est pas en état de choisir. Et pourtant l'individu allongé dans un lit reste un citoyen. Il vote à l'hôpital s'il est besoin, il a le droit de partir quand il le veut, il a le droit d'avoir accès à son dossier et à toute information nécessaire à la compréhension de sa pathologie. Nous ne pouvons pas considérer ce patient couché et douloureux, certains sont presque *désincarnés*, autrement que comme un être humain entier, complet, essentiel pour lui et les autres. Il faudra tout tenter pour trouver le chemin vers cet homme pour qu'il sente que l'équipe soignante est toujours à son écoute et essaie de deviner son choix.

Un patient peut et doit désirer rester maître de sa condition mais pas n'importe comment. La morale dicte des devoirs et la loi donne des droits : le soignant a le devoir de respecter et de faire respecter la loi auprès des patients et des autres soignants, mais le soigné a des devoirs sitôt qu'il pénètre dans l'enceinte de l'hôpital. En lui reconnaissant ces droits, nous lui reconnaissons ces devoirs qu'il est bon parfois de lui rappeler. Le faire est encore une façon de le regarder comme un égal, un individu-malade. « La discipline du désir

entraîne la discipline de l'action, [...] la notion de « choses qu'il convient de faire (*kathékonta*) que l'on appelle aussi les devoirs »³⁷⁰ .

Ainsi, nous avons montré que les soignants doivent apprendre à repérer le jardin secret de chaque patient pour leur laisser ce champ de liberté. Tous les patients doivent sentir qu'on tente de communiquer avec eux au plus profond de leur désarroi, pour qu'ils ne cessent jamais de se sentir considérés comme des individus citoyens. Chaque malade a des droits, peut les activer, s'il respecte ses devoirs, et ainsi échapper à trop de pression médicale. Installé au sein d'un service, le patient apprendra peut-être à se détacher à bon escient de l'institution pour voler un peu et même beaucoup de ses propres ailes.

³⁷⁰ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), pp. 27-28.

IV.4 Quels seraient les bénéfices si le détachement était implanté à l'hôpital ?

IV.4.1 Avec le détachement vient le respect

L'articulation entre visée téléologique et moment déontologique, d'abord aperçue au niveau des prédicats appliqués à l'action – prédicat « bon », prédicat « obligatoire » - trouvera enfin sa réplique au plan de la désignation de soi : c'est à la visée éthique que correspondra ce que nous appellerons désormais estime de soi, et au moment déontologique le respect de soi³⁷¹.

En d'autres termes Ricœur place l'éthique au-delà du devoir issu de la morale. En agissant éthiquement l'agent développe son estime de soi, comme il se respecte quand il décide d'agir moralement.

Si nous reprenons l'exemple de la consultation en oncologie, le patient se sent respecté par l'écoute des professionnels et la consultation entièrement dédiée à ses angoisses contribue à lui rendre un peu de son estime de soi, car lorsqu'il apprend la mauvaise nouvelle, il ressent un sentiment d'injustice à tomber malade. Si quelqu'un prend le temps de lui expliquer qu'il reste, indépendamment de sa souffrance intellectuelle, un citoyen capable de prendre une décision parce qu'on lui donne les clés d'une vraie délibération, l'homme qu'il est, est peut-être malade mais il reste un homme entier et le monde soignant le voit ainsi. Les soignants ont agi avec éthique dans une recherche de *vie bonne* et pas seulement pour chercher à rester dans un cadre normé.

Ricœur parle d'aporie, « apories du devoir »³⁷², par l'obligation faite aux médecins de soigner, de devoir prendre en charge toute personne qui se présente. Cela finit par

³⁷¹ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 201.

³⁷² *Ibid.*, p. 201.

enfermer ce soignant dans sa pratique et l'obliger à agir de manière radicale comme ne jamais mentir à un patient. Nous avons vu qu'une telle attitude peut lui être très fâcheuse pour son équilibre personnel et pour la bonne prise en charge des patients. Le praticien qui reste campé dans une attitude aussi rigide ne pourra jamais autoriser une femme enceinte à fumer un peu. Mais, un soignant qui se respecte et pratique son métier avec une forme d'estime de soi, marque une distance remarquable dans l'exercice de sa profession. Il sait qu'il ne peut s'y noyer mais il sait aussi que s'il veut être fier de ce qu'il accomplit, il doit partager quelque chose de l'ordre de l'émotion avec les patients. Il existe souvent en médecine des champs d'actions où ni la loi ni la morale ne s'exercent et seul l'éthique peut jouer un rôle. Alors, le respect de chacun avec chacun mû par l'estime que chacun a de soi est le facteur qui installe le mieux les personnes face-à-face. Quand nous nous asseyons au bord d'un lit pour écouter un malade, que cette personne finit par se redresser et relever la tête, il n'y a aucune intervention légale ou morale. Ce soignant est suffisamment tranquille et détaché pour *perdre son temps* à écouter quelqu'un en détresse, ce que Ricoeur appelle « la théorie de l'action prolongée par celle de la narration »³⁷³. Et il ajoute : « la distinction entre éthique et morale répond à l'objection humienne d'un fossé logique entre prescrire et décrire, entre devoir être et être »³⁷⁴. C'est se donner le pouvoir de désobéir dans des circonstances très particulières comme les épisodes de canicule en 2003 pendant lesquelles les soignants laissaient les portes coupe-feu grandes ouvertes pour faire des courants d'air. L'apprentissage du détachement découvre une forme d'estime de soi, sans laquelle les soignants se retrouveraient dans l'incapacité de pouvoir travailler. C'est la longue plainte que nous entendons sur la souffrance des soignants depuis des décennies, plainte justifiée à titre collectif mais qui n'empêche pas

³⁷³ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 201.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 201.

d'exercer ce métier avec créativité à titre individuel. Il faudrait abandonner l'idée du « devoir être » pour privilégier l' « être » et l'harmoniser avec le « savoir être » parce que, explique Cléro, « la morale de Kant est disjointe de l'existence »³⁷⁵. Cette recherche de coïncidence entre l'éthique et l'existence se nomme le désir pour Lacan. Le soin devient alors selon Worms : « Une politique [qui] privilégie la liberté du sujet rationnel au détriment de la précarité de l'homme vivant »³⁷⁶. Le patient peut alors reconnaître le soignant dans son ensemble et être en capacité d'adapter son désir aux besoins du service puis à ses envies propres dans l'objectif de quitter l'établissement. Il doit : « redevenir l'acteur du rétablissement de son identité narrative altérée par la maladie »³⁷⁷.

Il est donc nécessaire d'être à distance de ses passions, de ses émotions, si nous voulons le meilleur pour tous les malades que nous soignons, celui qui est unique et tous ceux, anonymes, que l'on soigne partout en ressentant le meilleur pour nous-mêmes. « Le vrai détachement signifie que l'esprit se tient impassible dans tout ce qui lui arrive, que ce soit agréable ou douloureux, un honneur ou une honte »³⁷⁸ [...]. Mais les passions donnent du désir à chaque action. Comment articuler ce paradoxe ?

³⁷⁵ Jean-Pierre Cléro, *Calcul moral: comment raisonner en éthique ?*, U. Philosophie (Paris : Armand Colin, 2011), p. 98.

³⁷⁶ Frédéric Worms, *Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité*. La philosophie du soin : éthique, médecine et société, éd. par Lazare Benaroyo (Paris : PUF, 2010), p. 18.

³⁷⁷ *Ibid.*, p. 38.

³⁷⁸ Johannes Eckhart, *L'amour est fort comme la mort : et autres textes*, (Paris : Gallimard, 2015), p. 18.

IV.4.1.1 Expérience de quelqu'un de détaché

Quelle attitude aurait quelqu'un de détaché ? Par exemple, l'infirmière qui n'hésite pas à laisser un malade seul pour lui donner le temps de se reprendre, l'aide-soignant qui après avoir frappé à la porte de la chambre, prend le temps de regarder tout le lieu privé du patient pour constater que tout va bien et qu'il ne dérange pas, qu'il n'est pas un intrus, un interne en consultation qui commence par prendre le temps de regarder de manière bienveillante la personne assise en face de lui, ses vêtements, son attitude, ses gestes, sa position. Il n'a pas besoin de parler, car il apprend déjà beaucoup par cette simple observation. Il comprendra que ce patient a peur parce qu'il est très reculé sur la chaise, les bras fermés sur la poitrine, qu'il appartient à un milieu favorisé parce qu'il est élégant, donc l'information récoltée lui permettra de s'adapter à ce malade. Écouter l'histoire du patient est important, mais la façon dont il se raconte l'est encore plus. Quel langage emploie-t-il ? Quels mots ? A-t-il un accent ? Nous pourrions ainsi lister des pages et des pages de détails à observer non par voyeurisme mais parce que le malade intéresse les soignants au-delà de sa seule maladie. Tout ce qui est relevé sur lui dès le début servira à le révéler aux yeux de l'équipe. C'est ainsi qu'il va garder son identité et être reconnu à travers elle. Par exemple, si nous avons eu connaissance des attirances du malade dans un domaine comme la musique, les voyages ou le tricot, nous allons pouvoir appuyer sur ce levier pour peut-être l'aider à retrouver le désir de reprendre sa vie en main. « Une passion que l'on éprouve au bon moment est vertueuse »³⁷⁹.

Il y a des situations difficiles comme ces décisions infernales qui consistent à choisir entre un patient ou un autre lors de greffe par exemple obligeant à condamner un patient et à en sauver un autre. C'est une décision éthique et elle sera d'autant mieux adaptée qu'elle sera prise par des personnes essayant de garder du recul pour mettre en œuvre leur

³⁷⁹ Aristote, *Rhétorique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2004),

décision. Car, finalement, « c'est la remise en circulation d'un organe qui pouvait faire encore usage, assurer son boulot de pompe »³⁸⁰. Le praticien bien positionné, ressentira le minimum de culpabilité quand il sera en train de greffer parce qu'il a conscience qu'il ne peut pas sauver tout le monde. Mais il va tout mettre en œuvre pour que le patient qu'il opère, retrouve une vie agréable. C'est son rôle, sa fonction, son devoir et un peu plus : la recherche d'*une vie bonne*.

³⁸⁰ Maylis de Kerangal, *Réparer les vivants*, Collection folio 5942 (Paris : Gallimard, 2015), p. 273.

IV.4.1.2 L'éthique du soin à l'hôpital

(La)Valeur d'une position éthique est le reflet d'un consentement défini par un groupe³⁸¹.

Jusque dans les années 80, on ne parlait pas d'éthique dans les institutions hospitalières. Est-ce à dire qu'on ne la pratiquait pas, ou, comme Mr Jourdain, qu'on la pratiquait sans le savoir, sans la nommer ?

Les chocs pétroliers en 1973 et 1979 ont mis un terme aux trente glorieuses, années de croissance et de plein emploi. Ce fût pour les hôpitaux, le début d'une gestion économique serrée en vue de les rendre sinon rentables du moins équilibrés. Les soignants ont commencé par résister en prétextant que *la santé n'avait pas de prix* et que les économies étaient l'affaire de l'administration : il existait un directeur financier dont c'était le métier. Les pouvoirs publics leur ont précisé que si la santé n'avait pas de prix individuellement parlant, elle avait un *coût* sur le plan national et international. Ils nous demandent dès lors, de nous sentir engagés, et participatifs à la bonne santé financière d'un hôpital. Une des conséquences immédiates, par exemple, fût la question nécessaire à poser pour un patient porteur d'une pathologie lourde requérant des examens et des traitements très onéreux. Applique-t-on ce traitement à tous les patients, aux plus jeunes, aux plus riches, à ceux qui ont des enfants ? L'éthique était née.

Au cours des années soixante et soixante-dix, un profond changement de mentalité s'est opéré dans les sociétés occidentales et l'émergence d'une forme de curiosité de la part des patients à propos de leur pathologie a commencé à faire jour. Ils sont devenus ainsi un peu moins soumis au verdict.

³⁸¹ Jean-Pierre Cléro : *DU d'éthique* CHU de Rouen année 2013-2014.

Significatifs de cette importance de la participation populaire sont l'élargissement en 1962 du recours au suffrage universel puis la consécration en 1970 du « droit au respect de la vie privée³⁸² [...]».

Le corps soignant n'a pas toujours bien vécu ce qu'il pensait être une remise en question de ses pratiques. Ce mouvement de libération devait aboutir dans les années quatre-vingt à la naissance du *care* aux États-Unis, action féministe tendant à valoriser les soins, et à défendre l'idée que, sans ces soins, la société serait impossible. Selon elles, le mépris de soin et la valorisation de la rationalité sont condamnables.

Aux États-Unis à la fin des années soixante, un grand mouvement de libération des droits civiques, du mouvement contre la guerre, du mouvement contre les essais nucléaires, du mouvement contre la pauvreté et du mouvement pour la libération des femmes, suivi rapidement de libération homosexuelle³⁸³.

Les chefs de service, ceux qui avaient été surnommés les mandarins en 1968, n'ont plus pu *régner* de manière toute puissante dans leur service. La société avait changé et nous avons dû adapter notre attitude soignante et notre discours à un nouveau public. Mais, protégés par le secret professionnel, nous restions très prudents sur ce que nous pouvions répondre aux patients. Nous avons gardé l'habitude de diluer un peu l'information. Bien sûr, tous les malades ne souhaitent pas se prendre en charge et appréciaient toujours de s'abandonner au bon vouloir médical pour continuer de croire à une forme de pensée magique comme les enfants la cultivent pour leurs parents : les médecins *seraient plus forts que tout et même que la maladie* ! « Il faut se guérir de vouloir guérir »³⁸⁴.

³⁸² Roland-Ramzi Geadah, « Regards sur l'évolution des soins: Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients », *Recherche en soins infirmiers* N° 109, n° 2 (2012) : 16, <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0016>.

³⁸³ Vanessa Nurock, *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Débats philosophiques (Paris : PUF, 2010), p. 23.

³⁸⁴ Paul Claude Racamier, *Le génie des origines: psychanalyse et psychoses*, Bibliothèque scientifique Payot (Paris : Éditions Payot, 1992), p. 64.

Un nouveau service est né dans le privé d'abord puis à l'hôpital ensuite qui donne une bonne idée de la transformation possible de la relation soignant-soigné quand le patient se positionne autrement : ce sont les services ambulatoires.

IV.4.1.3 Les services ambulatoires

En chirurgie, les progrès ont porté, entre autres, sur les produits anesthésiants. Désormais, les médecins anesthésistes endorment les patients dans un temps très court exactement adapté à la durée de l'intervention avec une récupération des facultés intellectuelles très rapides. Ces drogues permettent d'endormir la personne de manière tellement subtile que l'on peut la garder *éveillée*, sans qu'elle ne souffre, sans recours à la respiration artificielle. Enfin des techniques anesthésiques autorisent l'insensibilisation d'un membre sans endormir tout le corps. Toutes ces avancées ont permis l'ouverture de service d'ambulatoire où le patient entre pour quelques heures dans le but de subir un acte de chirurgie court ou de diagnostic. Les chirurgiens, dans le même temps, ont développé des techniques opératoires de moins en moins invasives grâce à l'apport de la vidéo. C'est encore par le biais d'un écran qu'ils parviennent à réaliser l'ablation d'organes, de tumeurs ou la réparation de fibres musculaires, vasculaires ou autres, c'est l'arrivée des robots en salle d'opération.

L'office de l'homme est l'activité rationnelle de l'âme³⁸⁵ .

Le patient devient un client *consommateur* de soin : il ressort rapidement de l'hôpital pour aller travailler. Une fois l'acte effectué, le client est déjà ailleurs, reparti dans ses activités, il échappe à la dépendance des soignants. Si l'organisation hospitalière entraîne un retard à sa sortie, cette personne le fait savoir rapidement par son mécontentement : les rôles sont inversés car les soignants sentent réellement qu'ils sont au service du patient et non l'inverse. Qu'est ce qui a changé ? la durée : la personne admise en ambulatoire n'est pas (encore) un malade vraiment car un acte diagnostique ne projette pas cet individu immédiatement dans la cohorte des malades. Il a laissé ses affaires en suspens, le temps

³⁸⁵ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. I [1097 b 34-1098 a 8].

d'un examen, il repart tout de suite. Il n'y a pas de rupture avec ses activités, il n'investit pas ce temps, il le vit parallèlement à sa vie, car son quotidien va reprendre dans une heure. Il n'a pas le temps et ne veut pas comprendre les soucis d'organisation de l'hôpital ou de plannings du personnel et de disponibilité des acteurs. Il veut rentrer chez lui dès qu'il se sent bien. Nous avons trouvé ces personnes très exigeantes jusqu'à comprendre que ce n'était plus des patients dans le sens où nous l'entendons mais des hommes et des femmes nécessitant un acte médical ou chirurgical court et peu invalidant, des individus comme nous, soignants, ayant besoin de quelques heures pour être remis sur pied et repartir dans la vie active. Ce ne sont plus des patients, car ils ne patientent plus du tout, ce ne sont pas des impatients non plus, car ils se prennent en charge, leur impatience étant le reflet de notre manque de moyens ; nous pourrions les nommer des hommes ou des femmes responsables de leur acte médical ou chirurgical. Ils se prennent en charge et prennent en charge cette intervention dans la gestion de leur temps. Ils viennent chercher un soin rapide et efficace. Ce service peut être comparé à une autoroute du soin où les bouchons sont détestés. Nous soignants avons dû abandonner nos réflexes adaptés aux services d'hospitalisation classiques pour regarder cette population autrement, donc rompre avec nos anciennes habitudes pour en acquérir de nouvelles.

À quel moment et dans quel lieu se déroulent les délibérations intéressant les patients ?
Ce sont les staffs qui peuvent être quotidiens, hebdomadaires ou mensuels selon les sujets traités et qui se déroulent au sein des services d'hospitalisation en général.

IV.4.1.4 Staffs

Les équipes médicales réunissent les staffs composés d'équipes médicales et paramédicales mais peuvent accueillir toutes sortes d'autres personnes comme des usagers ou du personnel d'autres services en fonction des questions à débattre. Le seul objectif est, après délibération, de trouver ensemble la solution sinon la meilleure du moins la moins mauvaise au vu des circonstances. Tous les avis, les impressions, sentiments et même croyances peuvent être exposés, partagés avec clarté sans agressivité et avec respect de l'autre. C'est un débat éthique et démocratique, car il intéresse un cas particulier et la décision est prise par la majorité ; seule une ou quelques personnes devront la mettre à exécution. Le chef de service ne peut plus décider tout seul, il doit demander l'aide de ses confrères, de son équipe. Le malade à la fin du débat médical, peut refuser la solution proposée. Enfin ces dernières années, l'essor considérable des découvertes dans le domaine de la biomédecine a bousculé encore une fois nos convictions et nos connaissances. Pour ne donner qu'un seul exemple, la recherche permet d'identifier les possibles maladies contenues dans un patrimoine génétique et ce, dès la conception d'un enfant.

On constate, à ce stade, qu'il y a une évolution du général vers le particulier. Tout le monde soigne mais chacun contribue à la décision pour un cas particulier. Si le patient refuse le traitement, le médecin a beaucoup plus d'arguments pour le convaincre, parce qu'il a échangé avec les autres. « Il ne cesse de s'occuper du malade en adoucissant ses peines par le moyen de la persuasion »³⁸⁶. Le rôle de l'éthique sans doute soutenue par un certain détachement permet aux membres des différents staffs de trouver la décision la plus adaptée et de la faire accepter, ensuite, par le patient.

³⁸⁶ Platon, *Les lois*, trad. par Luc Brisson et Jean-François Pradeau (Paris : 2006), [IV,720 b-c].

Comment peut agir le détachement ? Nous avons évoqué le devoir de chacun de parler au cours de ces assemblées, mais aussi d'écouter. Si nous voulons que le débat ne se transforme pas en conflit, nous devons garder la juste distance par rapport au problème traité mais aussi par rapport aux collègues de travail. Les opinions et les croyances de chacun peuvent provoquer beaucoup d'animosité. Seule une attitude profondément détachée mais extrêmement intéressée, peut permettre à la réunion de se dérouler sereinement. Le risque premier est que le chef de service ou le leader emporte la décision. L'autre inconvénient pourrait être une dilution des responsabilités. La décision devient un exercice compliqué quand il faut tenter d'harmoniser deux domaines qui n'ont apparemment rien en commun : la santé et l'argent. Par exemple, quelle attitude adoptée face à quelqu'un qui se remet à boire dès qu'il retrouve son indépendance ? Il est libre, mais il détruit le bienfait physique dû au traitement appliqué par les soignants. Ce malade est victime d'une conduite addictive face à l'alcool, avons-nous le droit de nous demander, si nous devons toujours engager tant de dépenses à son égard ? Nous sortons de la morale pure propre à chacun. Pour Derrida c'est au moment du « je ne sais pas quelle est la bonne règle » que la question de l'éthique se pose. « C'est à ce moment-là où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles, mais où il faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti »³⁸⁷. Le côté positif du souci d'économie est que nous avons dû faire preuve de créativité pour continuer de soigner avec la même efficacité et qualité, tout en intégrant ces nouvelles contraintes.

Un autre élément est à rattacher aux staffs et ajoute à la difficulté de décision ; celle-ci doit être prise dans le cadre des principes décrits par Beauchamp et Childress. Nous verrons un peu plus loin combien il est difficile de prendre une décision qui respecte un principe voire deux, mais quatre ce n'est pas possible. Peut-être, est-ce une raison pour

³⁸⁷ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 27.

vouloir positionner le détachement au-delà d'un simple principe, car nous aimerions qu'il soit utilisé au cours de chaque délibération ?

Nous avons situé l'éthique médicale, fait le constat de sa récente réapparition et noté les conséquences dans la réorganisation de la prise en charge des patients, nous allons montrer comment le détachement crée du temps et de l'espace et offre aux soignants un souffle, souffle de vie.

IV.4.2 Le détachement garant de plus de temps et d'espace

Nous comprenons mieux alors le double sens du mot « patient ». Le malade est en fait celui qui doit attendre, celui qui doit donner du temps perdu, du temps mort pour recevoir de la vie en sus, un délai, un moment de grâce : temps perdu contre temps donné, temps mort contre temps de vie... patience contre sur-vie. Au patient la grâce, au chirurgien le prestige ! Ainsi se dresse à l'hôpital, entre présent, futur et temps morts, la scène des jeux de pouvoirs. Et le patient est celui qui donne le plus de temps alors que, paradoxalement, sa « bourse temporelle » tend parfois à s'épuiser... Face à une maladie incurable, lorsque la rémission disparaît, que le sursis s'efface, son temps est parfois sacrifié sur l'autel des jeux de pouvoir et de la « toute-puissance de la médecine ». À partir du malade, la hiérarchisation des tâches joue une mélodie temporelle entre les différentes catégories professionnelles ; complainte rythmée par les gardes et les repos. Pour donner du repos au patient, les soignants doivent en obtenir régulièrement. Le planning est à l'hôpital ce que la partition est au musicien³⁸⁸.

Cette citation illustre bien notre propos et introduit l'idée du mouvement dans le temps et l'espace que l'auteur de ces lignes nomme « mélodie temporelle ». Dominique Bourgeon y parle de tous les soignants et soignés, présents à l'hôpital, les positionnent tous sur une scène, donc, comme des acteurs, et explique comment le temps dans cet espace peut être perçu par chacun d'entre eux très différemment : toute la journée le soignant obéit au rythme des soins, à leur fréquence et à leur durée.

³⁸⁸ Dominique Bourgeon, « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du MAUSS* 41, n° 1 (2013) : p. 153, <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0153>, p. 124.

IV.4.2.1 Temps perçu, temps vécu

Le soignant exerce dans un lieu qui représente son domaine d'exercice professionnel quand le soigné s'y sent souvent étranger et même un peu perdu. « Le temps n'est rien d'autre que la forme du sens interne, c'est-à-dire de l'intuition que nous avons de nous-mêmes et de notre état intérieur »³⁸⁹. L'un est en pleine capacité physique et intellectuelle, l'autre est affaibli physiquement et sans doute touché un peu intellectuellement et/ou affectivement. L'un travaille selon un planning et son temps est compté, l'autre ressent le temps comme quelque chose qui s'étire sans fin, et compte les jours qui le séparent du retour à la maison. Les différences de situation entre ces deux personnes sont une des raisons du déséquilibre de la relation. Le soigné demande souvent quand on va venir s'occuper de lui, combien de temps il va encore avoir mal, dans combien de temps il sortira, combien de temps va durer le traitement, la convalescence. Le patient patiente, le soignant agit selon une grille finement élaborée pour permettre aux soins d'être tous effectués dans le temps de travail imparti. Aussi, à tour de rôle, les soignants apparaissent et disparaissent aux yeux des malades. Ces professionnels doivent se reposer, vivre avec leur famille, leurs amis, élaborer des projets en dehors de la structure professionnelle. Le temps du patient est celui passé à attendre quelqu'un, quelque chose, une visite, un soin. Il est seul dans sa chambre et tel un spectateur au théâtre il regarde et même espère l'arrivée d'un acteur de soins. Mais, contrairement au théâtre, son lit est installé sur la scène. Il est l'acteur principal de la pièce qui se joue dans sa chambre. Il se joue une pièce de théâtre où chacun a sa place, son rôle. Ainsi, nous pouvons qualifier cette relation non pas inégale mais asymétrique. Il n'y en a pas un qui est plus acteur que l'autre mais les

³⁸⁹ Kant Emmanuel, *Critique de la raison pure*, traduit par Alain Renaut, 3^{ième} Éd. (Paris : Flammarion, 2006), §6, p. 128.

deux ont besoin de l'autre. Le soignant sans patient n'a plus de raison d'être, il dépend de façon essentielle du patient, et le patient a besoin d'être soulagé. Comment se structure cette relation, et que nécessite-t-elle pour que ce bout de chemin soit paisible entre ces deux êtres qui doivent le partager ?³⁹⁰

Parce que nous n'avons pas une expérience immédiate de ce que les autres hommes sentent, nous ne pouvons former une idée de la manière dont ils sont affectés qu'en concevant ce que nous devrions nous-mêmes sentir dans la même situation.³⁹¹

³⁹⁰ Gilbert Boss, *Sympathie et causalité chez Hume* (Paris : Hermann, 2014), p. 118 : « Par la sympathie, les hommes deviennent comme des miroirs les uns pour les autres, entre lesquels les sentiments vont et viennent, selon des trajets parfois assez complexes. »

³⁹¹ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 24. [devoir : *should* peut avoir deux sens : soit *ought to* (devoir moral, soit *would probably* (devoir faire)]

IV.4.2.2 Une autre vision de l'espace de soin

Nous voyons des consultations avec des salles d'attente plus ou moins confortables, des services de soins avec une infirmerie, des chambres de malades et des salles plus techniques selon la spécialité du service. Ce lieu est familier au soignant mais pas aux malades. Nous pourrions remplacer le mot « temps » par le terme « espace » dans la citation de Dominique Bourgeon et nous ferions le constat du même désarroi entre les deux protagonistes. Le soigné est confronté à l'exiguïté de la chambre, l'impossibilité souvent d'en sortir, quand le soignant a une totale liberté de ses mouvements et quitte ce lieu pour rentrer chez lui, preuve que le malade est à sa manière aussi acteur principal, car quand tous les autres rentrent et sortent de scène régulièrement lui est toujours là. Nous voyons souvent des problèmes familiaux se régler au pied du lit des patients, mais, à moins qu'il n'y ait trop de bruit, jamais à aucun moment nous ne nous permettons de nous introduire dans leurs problèmes personnels. C'est aussi une manière de reconnaître que ce patient est toujours un être humain, qu'il a une famille et comme tout le monde, des soucis dans sa famille. Pendant ce temps, il se sent plus vivant moins malade peut-être ?

Comment et où les professionnels de santé et les malades se rencontrent-ils ? Un exemple va aider à répondre à la question. Masquelet raconte lors d'une conférence en avril 2011 dans le cadre du *Printemps des Sciences Humaines*, qu'il consulte sans bureau. Aucun élément physique n'est installé entre le patient et lui et cela ouvre à un possible positionnement d'égal à égal. Ce médecin fait un pas vers le malade. Une fois l'effet de surprise passé, le consultant se sent sûrement moins diminué physiquement et sans doute la parole devient-elle plus spontanée. Parce que le but de se détacher de toutes les habitudes ancrées depuis des décennies est de regarder pourquoi nous agissons ainsi. Si la raison invoquée est louable il n'y a rien à changer mais si nous constatons que nous

agissons ainsi parce que *ça fait cinquante ans que l'on fait comme ça et que ça marche très bien*, nous avons non seulement le droit mais le devoir de vérifier si cela est toujours d'actualité et surtout adapté à la vie des services au vu des nouvelles pratiques et évolutions sociétales. En pédiatrie, aucun parent ne pouvait rester dormir avec son enfant il y a trente ans ; maintenant le personnel compte sur eux pour rester car ils sont *intégrés* au planning dans la réalisation des soins faits à leur enfant. La chambre du petit a dû être revue pour permettre de positionner un lit pour adulte. Chacun s'y retrouve. De plus en plus d'espaces sont aménagés pour les patients et leur famille et les équipes soignantes n'en finissent pas d'être créatives pour aménager, dans tous les mètres carrés disponibles, un lieu pour la détente et la convivialité. Ces lieux sont en général appelés *salon* pour donner l'illusion d'une pièce entre parenthèses dans l'hôpital. Devant la loi, la chambre du malade est son domaine privé au même titre qu'une chambre d'hôtel. Encore une fois nous faisons le constat que le patient loge à l'hôpital quand le personnel ne vient que quelques heures. Ce patient assigné à résidence nous reçoit dans sa chambre. Quand nous inversons les rôles, nous savons que les soignants sont bien au service du patient et non l'inverse. Quand nous rentrons chez quelqu'un nous avons une attitude de retenue pour ne pas choquer notre hôte. Pourquoi ne verrions-nous pas ce malade comme notre hôte ? Ce lieu est son domaine, les soignants bénéficient de tout le reste : « C'est un espace aseptisé, d'où le danger semble absent »³⁹². Avant son hospitalisation le patient n'est qu'un dossier, une pathologie pour laquelle ont été pris des rendez-vous pour confirmer un diagnostic ; les acteurs de soin ont déjà une opinion sur ce malade, ils savent beaucoup de choses sur lui et des choses que lui ne connaît pas. Ils sont capables de connaître à peu près la date de la sortie de cette personne alors même qu'elle n'est pas rentrée, avant de

³⁹² Claire Marin, *Violences de la maladie, violence de la vie*, Collaboration Frédéric Worms, 2^{ième} Éd., (Paris : Colin, 2015), p. 123.

l'avoir seulement vue. Le médecin a déjà son *plan d'attaque* et l'équipe met tout en œuvre pour sa réalisation. Le médecin est « [...] dans une temporalité de l'urgence et le patient dans celle de l'échéance ». Bergson parle de « spatialisation du temps »³⁹³. Le malade demande des soins et le soignant a le devoir de les prodiguer. Chacun reconnaît l'autre et le classe dans ce qu'il croit être son milieu socio-culturel, son caractère vif ou lent, sa capacité à écouter ou pas, etc. Pourquoi parler de relation asymétrique plutôt qu'inégale ? Parce que ces deux personnes sont deux hommes, chacun a envahi la conscience de l'autre, a vécu ce mouvement d'aller et retour de la reconnaissance. Chacun souhaite que l'autre le reconnaisse. Adam Smith définit ce mouvement comme le : « Mécanisme de communication des passions d'un individu à l'autre »³⁹⁴. Dans la relation qui nous intéresse, le soignant reconnaît le soigné comme tel, auquel est accroché un numéro, une chambre, une pathologie. Il l'accueille dans l'espace qui lui est réservé. Le soigné reconnaît le soignant comme capable de l'aider. L'un est couché l'autre debout. Mais, au-delà de ces rôles, le patient est dans une situation de reconnaissance partielle ; il n'est regardé que comme porteur d'une maladie. En général, les patients n'expriment rien sur ce sujet car ils acceptent de ne plus être dans un cadre familial puisque ce qui leur arrive est exceptionnel.

³⁹³ Masquelet, *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Éd. Lazare Benaroyo (Paris : PUF, 2010), p. 212.

³⁹⁴ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), note de bas de page des traducteurs, p. 23.

IV.4.2.3 Quand le temps et l'espace des soignants et des soignés se rencontrent

Une organisation est mise en place pour donner une cohésion dans les soins tant en quantité que pour le déroulement dans le temps. Cette organisation du travail génère alors pour chacun et pour l'équipe une routine qui autorise les agents à des actions rapidement ciblées et réalisées, sans trop de questionnement, libérant ainsi l'esprit pour une concentration nécessaire sur un cas difficile ou la survenue d'une urgence. Mais, si chacun campe dans son identité temporelle il y a peu de chance que soignant et soigné se rencontrent. Comme deux avions, ils évoluent chacun dans leur couloir aérien et comme toute parallèle, ils ne se rejoindront jamais. Les soignés vivent, dorment, mangent et travaillent dans une dimension différente de celle de l'équipe soignante. Alors, les soignants vont apprendre à régler leur rythme de *croisière* sur celui qu'ils soignent pour établir une connexion. Dans la relation qui nous intéresse le soignant est plus à même de provoquer cette rencontre mais elle doit être intégrée par le patient. Pour lui le temps est trop court pour réaliser toutes les tâches afférentes à sa mission, quand le patient passe d'un temps mort à un autre. Mais le soignant peut réfléchir pour observer comment vivent les patients le jour et la nuit et comprendre que les minutes et les heures ne sont pas interprétées avec la même acuité quand un individu est couché dans un lit vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le praticien ou l'infirmier doivent ralentir le pas pour se laisser rejoindre par le malade, mais celui-ci doit adapter sa vie de patient au rythme et impératifs du service. Par exemple le malade peut éviter de formuler des demandes très peu urgentes quand le matin le service déborde d'activité ; le soignant a le droit de lui expliquer que s'il a besoin d'aide et que cela peut attendre il y a un créneau en début d'après-midi, moment où l'équipe est plus disponible. Alors, le patient peut organiser sa journée et l'intégrer à celle du service. Il se sentira valorisé et saura ainsi rythmer ses activités avec celles des soignants. Cela n'a demandé qu'un instant de réflexion pas plus, et pourtant

derrière cet instant le soignant a su décoller son attention de tout ce qui l'occupe pour voir *au-delà* : il a su se détacher le temps nécessaire pour regarder *autrement* le rythme du service et de l'équipe. Comme au théâtre, les soins se déroulent selon un protocole et un découpage précis lissé sur les vingt-quatre heures. Le facteur-temps est toujours présent dans l'esprit des personnes qui travaillent à l'hôpital mais également des malades. Tout le monde sait que telle pathologie sera soignée si le temps entre chaque injection est scrupuleusement respecté, que l'état de tel soigné s'améliorera si dans les deux jours sa fièvre baisse et ainsi de suite. Les malades qui retardent le système par une attitude dérangeante sont très mal considérés car nous les rendons responsables de tout dysfonctionnement qui pourrait venir gripper les rouages. L'action doit se dérouler dans un temps qui lui est imparti, en dehors duquel, elle n'a plus raison d'être comme une représentation qui se terminerait avant la fin ou dont le rideau ne se baisserait pas alors qu'il n'y a plus rien à dire. Donc, si l'individu malade peut demander un peu de temps pour lui, il doit aussi obéir au bon déroulement de la pièce qui se joue et dont il est l'acteur principal : il n'a pas tellement intérêt à ce que la représentation échoue !

Nous voyons qu'il y a un lieu, le service, où évolue toute une population selon des codes et un rythme. Dans ce lieu les acteurs qui pour l'instant paraissent être ceux qui soignent, pourraient avoir l'opportunité de regarder autrement pour agir différemment.

Y a-t-il un modèle de bien idéal sur lequel on pourrait modéliser les biens à exécuter ?

Notre capacité d'attention devient, pour Murdoch, une capacité à l'amour : « une version détachée, non sentimentale, non égoïste, objective à l'attention ». Cette attention est le résultat du développement d'une capacité perceptive : voir le détachement du détail, du geste expressif³⁹⁵ [...].

³⁹⁵ Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman, *Qu'est-ce que le care : souci des autres*,

L'espace privé que chacun emmène partout avec soi est un lien très particulier avec soi-même. Un acteur a besoin d'espace pour exprimer tout son personnage, il doit remplir la scène comme le soigné doit occuper toute sa chambre. Le soignant prend soin de quelqu'un vivant dans cette chambre où les petits détails de cette vie rétrécie indiquent beaucoup sur l'état psychologique de celui qui est soigné. Entre un patient qui n'amène rien de chez lui à l'hôpital et un autre qui a prévu de passer du temps à travailler, à lire ou à faire des mots croisés, il y a quelque chose à relever.

Quand le malade reçoit un soin, il accepte de souffrir pour aller mieux. Donc, il intègre l'idée que pour guérir ou moins souffrir et reprendre le cours de sa vie, il doit laisser quelqu'un l'ausculter, le panser, le laver. Cette intrusion est une souffrance, comme un *petit viol*. Jamais quelqu'un d'étranger ne s'était approché aussi près de lui jusqu'à oser le toucher ! Et c'est pour son bien ! Il accepte, il n'a pas le choix. Les acteurs de théâtre apprennent à repérer leur espace personnel par un exercice tout simple : deux personnes se font face à une certaine distance ; l'une d'entre elles doit courir vers l'autre sans que l'autre ne bouge ; à chaque fois que l'on refait l'exercice, celle qui court s'arrête spontanément avant de toucher l'autre. Il y a de part et d'autre une connaissance réflexe d'un périmètre à ne pas franchir, qui entoure chaque individu au-delà de ses limites corporelles. Le patient sent que certains soignants *menacent* plus leur intimité que d'autres. En tant que soignants durant les années quatre-vingt, nous avons été formés à la relation par le toucher. Certaines personnes peuvent améliorer sensiblement la relation ainsi, mais d'autres l'aggraver. Pourquoi ? Parce que chacun se sent vulnérable et fragile quand il est malade, et quand il doit se laisser aller sous les regards et les gestes des soignants, il peut se sentir blessé ou humilié. Hume explique que nous plaçons toujours le ciel en haut et l'enfer en bas. Les soignants doivent baisser la tête pour regarder un

sensibilité, responsabilité, (Paris : Payot, 2009), p. 174.

patient dans un lit quand celui-ci les voit d'en bas, et confirment la phrase de Hume : «, l'idée de ce qui est bon à celle de hauteur et celle de ce qui est mal à l'idée de bassesse »³⁹⁶.

Certains agents savent pénétrer l'intimité des malades, sans que ceux-ci se sentent devenus une chose entre leurs mains. Ce cercle ou cylindre en trois dimensions qui nous entourent, que nous avons déjà évoqué, permet cet écart qui existe entre deux personnes qui se rejoignent. L'écart autorise la rencontre, mais surtout la reconnaissance de chacun. Comment allons-nous nous rencontrer s'il n'y a pas de place pour ce mouvement³⁹⁷ ? La vie est symbolisée par l'action. Mais, pour bouger il faut ne pas avoir d'entrave. Trop attachée au patient, nous ne pouvons pas le voir, donc pas agir pour lui : « Le principe de détachement rappelle la nécessité de la distance qui contribue au respect d'autrui »³⁹⁸. Ce patient, dans un premier temps, est dépendant du traitement, des soignants, de la médecine qu'on lui fait subir, mais il sait que le but est de l'aider à recouvrer sa place dans la société ou peut-être de vivre paisiblement ses derniers instants. Il va nous quitter, et notre tâche de tous les jours est de l'amener à retrouver tout son périmètre corporel pour se reconstruire.

Car prendre soin de quelqu'un c'est prendre le risque de son émancipation, et donc de la séparation d'avec soi-même. C'est précisément l'amener vers son

³⁹⁶ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 284.

³⁹⁷ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, (Paris : PUF, 2013), p. 179. « Harvey, quoique anatomiste, ne voyait pas dans le corps la forme, mais le mouvement. Ses recherches ne sont pas fondées sur la configuration du cœur, mais sur l'observation du pouls et de la respiration, deux mouvements qui ne cessent qu'avec la vie. L'idée fonctionnelle en médecine rejoint l'art de Michel-Ange et la mécanique dynamique de Galilée [107,42]. »

³⁹⁸ Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie: choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque*, (Paris : S. Arslan, 2013), p. 103.

autonomie, lui laissant le privilège de la coupure et pour soi le sentiment d'abandon et d'ingratitude, inévitable³⁹⁹.

Le malade a besoin de retrouver son environnement et son horizon qui lui sont propres et qui ne regardent que lui. Il y a donc un autre espace, celui qui marque l'intimité propre à chacun et dans lequel chacun se meut à sa guise : « vouloir vivre autrement mène à penser autrement »⁴⁰⁰.

Cela implique que les soignants n'ont pas à essayer de combler le vide laissé par l'absence de l'autre foyer car ce n'est pas leur mission, ils doivent entrer dans ces quelques mètres carrés parce qu'ils y sont invités par leur mission. Être invité chez quelqu'un est différent de lui donner l'impression que l'on lui prête une chambre. Le malade paie sa chambre comme un loyer. S'il n'a pas la liberté d'aller et de venir du fait de sa pathologie, il a la liberté de nous accueillir ou pas. Nous imaginons aisément ce que peuvent penser les soignants si nous acceptons que le patient ne dise pas *entrez* quand on frappe à la porte. Alors, nous affirmons que le patient a le droit de dire *revenez plus tard*. Le temps et l'espace s'affrontent pour s'accorder. Si la chambre d'un patient est privée et qu'il peut y faire ce qu'il veut, y recevoir qui il veut, il n'en demeure pas moins qu'il est soumis à la loi et à la charte des patients⁴⁰¹ en vigueur dans tous les hôpitaux de France. Certains malades moins soumis que d'autres, vous disent parfois que vous les dérangez. Mais tout excès est répréhensible et nous avons vu des patients exclus d'un service pour mauvaise conduite : un homme rentré pour se faire opérer d'une valve cardiaque, a adopté une attitude très agressive et méprisante vis-à-vis des soignants. Une fois opéré et remis un peu sur pied, son comportement n'a fait qu'empirer ; il refusait toutes les contraintes

³⁹⁹ Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, (Paris : Gallimard, 2019), p. 20.

⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 18.

⁴⁰¹ Annexe 5.

d'horaires ainsi que son traitement considérant qu'il n'en avait plus besoin. Tout le personnel s'est mobilisé pour lui expliquer encore et encore ; le chef de service a été informé et devant ce malade si buté, il a dû se résoudre à le faire admettre dans un autre service jusqu'à son rétablissement. Sans doute, ce patient a persévéré dans son attitude mais les jours ont passé et il est sorti. Nous avons connu un autre patient qui sortait de l'hôpital pour acheter du vin et était soûl tous les après-midis. Il devenait violent : nous avons dû le laisser sortir en prévenant son médecin traitant.

Le temps et l'espace ainsi accordés au patient lui permettent de reprendre son souffle, de regarder autrement ce service, de s'installer dans sa chambre où il va être très seul, et de commencer à accepter qu'aujourd'hui le malade c'est lui, mais qu'il a toujours le droit d'avoir du temps et un endroit totalement privé. Peut-être, alors, peut-il se poser et poser ses affaires. Il s'autorise même à s'abandonner parce qu'il sait qu'à cet instant, il ne maîtrise plus rien. Mais il a compris que, un peu plus tard, il devra reprendre sa santé en main et redevenir quelqu'un comme celui ou celle qui l'a accueilli, celui ou celle qu'il était avant de rentrer à l'hôpital.

Dans la vie professionnelle quotidienne d'un soignant, le malade occupe peu de temps. Tout est fait pour améliorer la prise en charge et le soin, et l'économie de l'hôpital : il faut soigner le mieux possible, le moins cher possible. Cette dichotomie dans la pratique, entre la pensée et l'action, crée une tension. À cela, il faut ajouter les valeurs morales de chacun, la loi et l'éthique. Le patient se situe au bout de cette chaîne, il est en périphérie de cette agitation et non au centre. Il concrétise l'aboutissement de la réflexion. « Le temps, les biens matériels et les compétences »⁴⁰². Les soignants sont frustrés par ce constat car ils ont choisi de soigner les patients et d'être proches d'eux. Mais force est de

⁴⁰² Joan C. Tronto, *Un Monde vulnérable : pour une politique du care*, (Paris : Découverte, 2009), p. 152.

constater que beaucoup de leur temps (on parle de plus de la moitié de ce temps) est accaparé par des saisies économiques ou administratives.

IV.4.2.4 Quand le patient occupe son espace et son temps libre

Un malade qui doit rester une journée, une semaine ou trois mois, ne perçoit pas le temps qui passe de la même manière. Plus le séjour est court, moins il supporte d'attendre. Dans les services ambulatoires, lieu où le patient ne passe que quelques heures mais surtout n'y dort pas, le temps s'inverse même car il ne s'étire plus le long des jours et des nuits interminables mais se rétrécit sur quelques heures au cours desquelles celui que l'on nomme encore *patient* subit un acte chirurgical ou médical, s'endort et se réveille et ressort au bout de peu de temps. Le changement de durée d'hospitalisation transforme radicalement la relation soignant-soigné. Ce service est toujours situé à l'hôpital mais souvent équipé différemment pour tâcher de ressembler à un *hôtel* comme si les services publics tentaient de gommer l'aspect hospitalier, en voulant faire croire aux patients qu'ils ne sont pas (encore) à l'hôpital. Donc, on joue sur l'aspect extérieur, le décor pour aider le patient à se positionner autrement pour qu'il évolue. On souhaite qu'il s'y *plaise*, concept tout à fait nouveau dans un monde hospitalier car il y a une concurrence sévère avec le privé ! Nous sommes bien dans un lieu de consommation où l'institution pratique le clientélisme. L'hôpital a besoin de fidéliser une population pour rester performant. Aménager des lieux moins étranges aux yeux des malades, plus proches de leur quotidien, où leurs repères sont moins bousculés et où les couleurs utilisées sont belles, ouvre une vision moins angoissante pour les individus appelés à fréquenter l'hôpital.

Dans les services d'hospitalisation les patients sont plus résignés. Ils savent qu'ils sont là pour un certain temps et ils essaient de *prendre leur mal en patience*. Dans cet espace qui leur est dédié, la liberté première pour eux serait d'aller et venir à leur gré et en fonction de leur état. Prenons l'exemple des enfants : quand ils sont hospitalisés, ils sont rarement en pyjama, sauf cas très particulier ; on les laisse aller et venir, jouer et s'amuser le plus possible. Il existe des salles de jeux où ils retrouvent des jouets familiers qui les relient à

ce qu'ils connaissent en dehors de l'institution. L'école vient à l'hôpital pour que ces petits ne perdent pas pied avec les études.

Alors quand nous parlons d'espace et de liberté, nous réalisons que les patients, certes sont dans leur chambre dans un lieu privé, mais ils y sont *enfermés*. Peu de patients envisagent d'en sortir. Beaucoup pensent qu'ils n'ont pas le « droit ». Et ceux qui sortent du service pour se promener dehors, inquiètent les soignants comme si le patient leur échappait. Il reste cette idée d'appartenance du patient à une équipe, à un lieu, un espace. L'hôpital n'est pas une prison, le patient peut en sortir quand il le souhaite à condition de signer une décharge pour les soignants, mais il peut, s'il le désire, aller et venir dans cet espace si son traitement l'y autorise et s'il ne gêne pas la bonne marche du service et de l'institution. Soigner des personnes qui ont conscience de cette liberté de mouvement, peut considérablement alléger le travail de l'équipe. La liberté d'un patient se concrétise à travers l'espace et le temps que les soignants lui laissent ; il ne rend de compte à personne à ce moment-là et dans cet endroit-là, il peut alors rêver de sa guérison, de la reprise de sa vie ou tout autre chose qui ne concerne que lui. En se détachant de lui, nous lui rendons cet espace de rêve qui paraît impensable dans un lieu comme l'hôpital. Si le patient peut à nouveau rêver, il peut élaborer des projets, donc se projeter au-delà de sa maladie. Aucun soignant ne peut le faire à sa place, mais il peut adopter l'attitude qui autorise cette démarche et accompagner le soigné au cours de son long processus de guérison.

Ce chapitre sur l'éthique a permis de préciser les quatre principes décrits par Beauchamp et Childress. Ils ont été examinés pour commencer à cerner le rôle que pourrait jouer le détachement dans ce domaine de l'éthique. Quand certains parlent de distance, d'autres décrivent un équilibre, un filtre ou une dissociation. Tous ces termes peuvent être rapprochés du détachement. Il est temps de considérer comment le détachement peut

entrer dans nos pratiques quotidiennes. Nous allons porter ce principe au statut de vertu et examiner le travail à exécuter pour que la vertu de détachement apporte un souffle de désir aux soignants.

CHAPITRE V

Le détachement est une vertu

V.1. Le détachement comme principe ne suffit pas

Le philosophe Pierre Bayle au début du XVIIIème siècle dénonce la mainmise de la vertu par les religieux, les athées ne pouvant que pratiquer le vice. Aujourd'hui la personne vertueuse est vue comme quelqu'un de dévoué et de courageux, indépendamment de ses convictions religieuses. Selon Aristote agir suivant la vertu c'est : « avoir une belle conduite » ou « agir selon la raison correcte »⁴⁰³ et note : « [...] on appelle vertu humaine, non celle du corps, mais celle de l'âme »⁴⁰⁴. Pour Aristote l'âme donne lieu à trois choses :

- Les affections (comme l'appétit ou la colère, l'envie, la joie, la haine et la tristesse). Les affections ou passions sont source de plaisir et de chagrin ;
- Les capacités (nous sommes capables de colère, de joie ou d'appétit) ;
- Les états (nous sommes dans de bonnes ou de mauvaises dispositions selon les passions que nous ressentons).

Nous avons vu que le détachement n'était pas une affection car les affections ne méritent pas de louanges ou de blâmes (nous ne félicitons pas quelqu'un de joyeux ou en colère) alors que les vertus sont louées (nous félicitons une personne pour son courage). Ensuite, nous ne naissons pas naturellement détachée, quand nous naissons capable de colère ou de joie. Donc, le détachement est un état, car ce n'est ni une affection ni une capacité.

⁴⁰³ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. II [1103 b 31 – 1104 a 10].

⁴⁰⁴ *Ibid.*, Ch. II [1102 a 13-25].

Quelle sorte d'état ? La vertu du détachement est l'état qui fait du soignant un bon soignant. Même si le détachement n'est pas naturel, la nature nous aide à développer cette vertu car dès la naissance nous sommes en possession de capacités. Ce sont ces capacités qu'il faut activer pour devenir détachée. Certains ont plus de facilité que d'autres grâce à leurs capacités naturelles et leur éducation, tout le monde est capable d'acquérir une vertu dès lors qu'il s'y astreint tous les jours, car tout le monde est doté de capacités.

Nous avons montré plus haut que le détachement est un principe, car soigner entraîne une attitude détachée par principe ; c'est aussi nécessaire que de s'habiller en blanc pour soigner, les professionnels de santé ont été éduqués à ne pas créer de liens trop affectueux avec les patients, ce principe existe chez tous les soignants. En plus nous avons tous besoin et envie de mener une vie qui nous remplit, incluant notre parcours professionnel. Alors, avoir comme principe de base de se détacher est louable en soi, mais le fait de poser le détachement comme principe ne suffit pas, car cela ne donne pas accès à un caractère détaché. Pour transformer le détachement en vertu il faut que l'agent décide de cultiver un caractère détaché pour travailler de manière détachée. Vouloir que chaque soignant adopte une belle conduite est un vœu pieux si nous ne montrons pas comment accéder à cet état de l'âme. Beauchamp et Childress écrivent : « Une vertu est un trait de caractère socialement valorisé, et une vertu morale est un trait de caractère moralement valorisé »⁴⁰⁵, parce qu'une « personne vertueuse éprouvera des sentiments appropriés »⁴⁰⁶.

⁴⁰⁵ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 49.

⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 61.

V.1.1 Quand le détachement devient une vertu

Aristote écrit que la vertu est la fin d'une existence (entendez le but). L'excellence est de savoir être détachée à bon escient, pour la bonne personne et au bon moment, savoir se préserver et adopter le comportement adéquat. « Le faire quand on doit, pour les motifs, envers les personnes, dans le but et de la façon qu'on doit, constitue un milieu et une perfection ; ce qui précisément relève de la vertu »⁴⁰⁷. Donc, le détachement permettrait de travailler pour les bons motifs, tournée vers les patients dans le but et de la façon qu'on doit de soigner. Soigner les malades peut être exécuté par de bons ou de mauvais soignants ; bien soigner fera de bons soignants quand mal soigner fera de mauvais soignants. Par ailleurs, on peut être un excellent soignant et ne pas trouver le bon comportement. Autre aspect du détachement : il ne sert à rien d'être détachée quand nous dormons, car les qualités des personnes se révèlent dans l'action. Donc le soignant qui désire remplir correctement son office va devoir prendre de bonnes habitudes et être dans l'action. Nous voulons montrer que ce n'est pas naturel de bien soigner tous les jours tout au long de son parcours professionnel, comme ce n'est pas naturel de rester en bonne santé. Il y a des choses à mettre en place pour s'améliorer. Acquérir un caractère vertueux fait partie de ces choses. Il n'est pas naturel de se détacher, car cela demande un apprentissage. Le but recherché est le *beau* soin, efficace, adapté à chacun et qui donne du plaisir à l'agent. Ainsi, le détachement peut être source de plaisir par le contrôle qu'il exerce sur les émotions et de plus la vertu contient du plaisir, alors le détachement peut être posé comme vertu. L'idéal serait que chaque soignant trouve du plaisir à exercer sa tâche et que ce faisant il devienne un soignant qui tend vers l'excellence. Parce qu'il est

⁴⁰⁷ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. II [1106 b 15 - 33].

plaisant de soigner de manière détachée pour celui ou celle qui parvient à contrôler ses émotions, le plaisir fait partie intégrante du détachement. Le détachement n'a pas besoin d'artifices supplémentaires pour créer du plaisir car étant vertu, le plaisir est contenu dans l'état de détachement. Il est important maintenant de classer le détachement dans une catégorie de vertus morales ou intellectuelles. Aristote les classe en deux parties : les morales et les intellectuelles.

La vertu a donc deux formes : elle est intellectuelle d'un côté, et de l'autre, morale.

Si elle est intellectuelle, c'est en grosse partie à l'enseignement qu'elle doit de naître et de croître. C'est précisément pourquoi elle a besoin d'expérience et de temps. Mais si elle est morale, elle est le fruit de l'habitude. C'est même de là qu'elle tient son nom (en grec, *êthikê* : « morale ») moyennant une petite modification du mot *ethos*, (en grec « habitude »)⁴⁰⁸.

Nous savons que les vertus ont ceci en commun qu'elles ne sont pas naturelles ; elles doivent s'acquérir, ce que nous avons montré plus haut. Elles sont un état de l'âme c'est-à-dire qu'elles sont à l'origine d'une manière d'être ; l'homme détaché à force de chercher à être détaché, devient détaché et est détaché ; toutes les actions qu'il va produire reflètent son caractère détaché. Aristote précise que les vertus morales sont le fruit de l'habitude et que les vertus intellectuelles sont apprises par l'enseignement et s'acquièrent par l'expérience. Spontanément nous avons envie de placer le détachement dans les vertus intellectuelles car les étudiants, futurs professionnels de santé, apprennent au cours de leurs études à trouver un comportement adéquat vis-à-vis des patients. Mais, le détachement peut s'acquérir bien avant les études. Chacun peut prendre l'habitude de se placer de manière détachée face aux événements. Ceci le différencie des sciences qui

⁴⁰⁸ *Ibid.*, Ch. II [1103 a 8-19].

ouvrent la porte à l'intelligence par le biais de l'enseignement. Nous savons qu'en exécutant des actes dans des circonstances bouleversantes, nous prenons l'habitude de montrer de la compassion ou de la froideur, ou nous pouvons souhaiter devenir détachée. Il y a un parallèle entre les actes et notre état de l'âme : par exemple, certains patients très abîmés peuvent susciter des manifestations de colère ou de tristesse, mais les actions doivent répondre à une exigence de qualité, au-delà des différences dans les passions ressenties qui entraînent des différences dans les états. De plus, il y a l'idée que plaisir et chagrin sont en jeu quand il s'agit de vertu morale. Le plaisir non contrôlé apporte à la longue du chagrin. Seule une bonne éducation peut produire la raison correcte. « Trois choses rentrent en ligne de compte quand on a le choix : le beau, l'utile et l'agréable »⁴⁰⁹. Ce ne sont pas des qualificatifs que nous avons l'habitude d'employer à l'hôpital, et pourtant, celui qui souhaite améliorer son quotidien en tant que soignant essaie d'être utile auprès des patients mais également que son diagnostic soit élégant, son geste apaisant pour permettre au patient de rencontrer une situation qui le sort de la laideur, de la peine et de la souffrance. En résumé, le détachement rentre dans la catégorie des vertus morales au même titre que la tempérance ou le courage parce qu'il s'acquiert par l'habitude répétée et devient ainsi un trait du caractère de l'individu. On ne naît pas détaché, il faut le désirer et le pratiquer constamment, prendre l'habitude de vivre de manière détachée. Nous allons aborder cette vertu morale dans la vie de l'hôpital.

Il semble alors que le propre d'un homme sagace soit la capacité de parfaitement délibérer quand est en jeu ce qui bon pour lui et utile, [...] ⁴¹⁰.

Depuis la loi de mars 2002 les médecins ont le devoir de délibérer ensemble pour décider du meilleur traitement ou de la meilleure solution pour la sortie d'un patient ; ces débats

⁴⁰⁹ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. II [1104 b 24 – 1105 a 7].

⁴¹⁰ *Ibid.*, Ch. VI [1140 a 20 - 27].

relèvent de la pratique de l'éthique adaptée à la médecine. Au cours de cette délibération les équipes médicales et paramédicales rassemblent les éléments des dossiers, comparent leur point de vue et décident d'une solution. La délibération mène donc à l'action quand la technique produit une œuvre. Pour réussir dans cette entreprise le détachement s'appuie sur une autre vertu, la sagacité ou *phronesis*, vertu accompagnée de la raison qui permet à l'agent de bien délibérer (*euboulia*) ; Aristote la définit ainsi :

C'est un état vrai accompagné de raison, qui porte à l'action quand sont en jeu les choses bonnes ou mauvaises pour l'homme. La production (entendez la technique) en effet a sa fin hors d'elle-même, mais l'action ne peut en avoir puisque c'est l'action réussie qui constitue elle-même la fin⁴¹¹.

Un soignant sagace est capable de voir ce qui est bon pour lui et ce qui est bon pour les malades. La sagacité est comme le détachement, liée à la vertu morale : bien agir, bien vivre, être heureux.

Si la sagacité, une fois acquise, ne s'oublie pas, c'est qu'avec elle la raison est sans arrêt mobilisée et si c'est le cas, c'est l'indice que la sagacité n'implique pas seulement la raison mais le désir de bien faire⁴¹².

Nous savons que certaines vertus comme la gentillesse ou le courage peuvent mener à un résultat exactement contraire au souhait du soignant. Une infirmière travaille auprès d'un patient difficile et déploie des trésors de gentillesse ; elle risque de se retrouver submergée par la haine ou la colère parce que la situation dure trop longtemps. La sagacité apporte une dimension nouvelle en se liant au détachement. Les soignants savent, alors, utiliser la gentillesse « accompagnée d'une compréhension (*sunesis*) de ce qui est juste et bien,

⁴¹¹ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. VI [1140 a 28 – b 6], [1140 b 6 - 13].

⁴¹² *Ibid.*, note de bas de page n°1, page 308.

et de ce qui mérite notre gentillesse, [...] »⁴¹³. Ils l'utilisent avec raison en désirant bien faire, calculent la bonne distance et adoptent le bon comportement lors de l'exécution de leurs soins ou lors d'une consultation. C'est la pensée qui donne sa rectitude à la raison. La rectitude du conseil fait le bon conseil et a une propriété, elle permet d'atteindre le bien. Le médecin a ce rôle de conseil quand il propose un traitement :

De nombreux auteurs, après avoir bien noué l'intrigue, la résolvent mal ; or il faut que les deux choses aillent de conserve⁴¹⁴.

Aristote montre dans cette phrase que l'on peut bien appréhender une situation et se tromper quand on donne la solution comme un diagnostic parce qu'il faut posséder en plus la sagacité. La sagacité ne délibère pas afin de savoir ce qu'est la fin, mais elle est croyance vraie de la fin et donc elle implique nécessairement la vérité dans la saisie de la fin. La fin est un point de départ et un présupposé. Il faut délibérer pour atteindre cette fin pas une autre. Alors, il faut habiller la sagacité de la compréhension. La sagacité est prescriptive (elle ordonne ce qu'on doit exécuter ou non). La compréhension est judiciaire (juge ce que la sagacité va jusqu'à commander) et elle a tout de la sagacité sauf le désir d'exécuter ce qui est à faire. La compréhension du contexte dégage les moyens pour atteindre la fin.

Tout cela est capacité de discerner les réalités ultimes, c'est-à-dire particulières. Le fait de pouvoir poser un jugement sur les matières qui sont siennes, fait du sagace un homme compréhensif, bienveillant ou indulgent, car les actes honnêtes sont communs à tous les hommes bons dans leurs relations avec autrui⁴¹⁵.

⁴¹³ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 57.

⁴¹⁴ Aristote, *Poétique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2014).Ch. XVIII [1456 a].

⁴¹⁵ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. VI [1143 a 29 – 36 ; b 2].

Chaque soignant travaille pour devenir détaché ; alors il peut s'appuyer sur la prudence pour l'aider à discerner quand il fait fausse route, il en tirera tous les bénéfices et c'est ce qu'écrit le philosophe :

Si l'homme remplit son office, c'est en manifestant la sagacité et la vertu morale. La vertu fait en effet que son but est correct et la sagacité, que sont corrects les actes qu'il juge utiles dans la perspective de ce but⁴¹⁶.

Si nous appliquons cette phrase à notre réflexion nous pouvons écrire que cela ne suffit pas pour un soignant d'être détaché mais en plus il doit l'être avec discernement. La sagacité, accompagnée de la compréhension et de l'intelligence, lui donne les outils pour garder à l'esprit la bonne mesure mais il ne peut pas être sagace sans être détaché : « la décision ne peut être correcte sans sagacité pas plus que sans vertu, car celle-ci est la fin, et celle-là fait exécuter les actes en rapport avec cette fin »⁴¹⁷. Ainsi, plagiant une phrase dans l'ouvrage de Beauchamp et Childress, un individu agit de manière détachée s'il est motivé pour faire ce qui est bien, s'il a l'intention de faire ce qui est bien, et s'il y consacre les efforts suffisants pour y parvenir. Comme pour les autres vertus, « le caractère consciencieux est important aussi bien au niveau de la morale commune qu'à celui des idéaux moraux »⁴¹⁸, car être détaché ne consiste pas à ne pas être attaché, mais à être capable de couper ces liens qui trompent la relation, pour trouver la bonne distance. Le soignant détaché est vertueux et cherche une vie tendue vers des idéaux moraux. Il exerce sa profession en visant toujours l'excellence.

⁴¹⁶ *Ibid.*, Ch. VI [1144 a 6 - 20].

⁴¹⁷ *Ibid.*, Ch. VI [1145 a 4 - 10].

⁴¹⁸ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 65.

Les actes effectués avec détachement procurent du plaisir, mais nous ne sommes pas dans un monde parfait et nous devons reconnaître que la situation économique des hôpitaux, entre autres, ne permet pas toujours d'effectuer sa tâche avec tout l'enthousiasme nécessaire quand chaque geste est freiné par un manque de personnel ou de matériel. Également, une existence trop triste ou misérable rend la recherche du beau geste difficile pour ne pas dire impossible. Nous notons ces difficultés car elles existent et la vie des soignants en cette époque incertaine est rendue plus dure encore. Mais, peut-être que d'acquérir cette vertu du détachement peut donner du courage pour affronter ces aléas de la vie : « Aucune des œuvres humaines ne présentent autant de solidité que les activités qui sont vertueuses »⁴¹⁹.

⁴¹⁹ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. I [1100 b 4-17].

V.1.2 Le détachement s'accorde avec la compassion et l'empathie

Il faut se tourner vers un autre jeu d'affects moraux : la compassion, la pitié, la sollicitude, (qui) toutes supposent une première inégalité entre les individus⁴²⁰.

Gros parle de jeu quand il nomme les affects moraux comme une partie qui se joue entre deux individus en relation. Chacun offre l'attitude soufflée par ses émotions présentes, chacun reçoit et renvoie les affects adaptés au contexte. Mais ce jeu n'est pas joué de la même manière selon les individus. Beauchamp et Childress la définissent comme :

Un trait de caractère qui associe une attitude attentive et diligente envers le bien-être d'autrui, une conscience imaginative et une réponse émotionnelle traduisant la compassion profonde, [...] face au malheur et à la souffrance d'autrui. [...] (Elle) s'exprime par des actes de bienfaisance qui tentent de soulager le malheur ou la souffrance d'autrui. [...] la compassion se concentre sur autrui⁴²¹.

La compassion est directement liée au malheur et à la souffrance d'autrui, l'hôpital étant le lieu de prédilection pour qu'elle se manifeste. Beauchamp et Childress classent ce sentiment parmi les vertus centrales de l'éthique des vertus. En effet, elle est à l'origine d'actions bienfaites. Mais certains sont très sensibles aux émotions des autres, d'autres beaucoup moins. Inversement, certains n'ont pas accès à leurs passions, ils ne peuvent pas les identifier, ou pire les maîtriser, quand d'autres ressentent clairement ce qui leur arrive et même analysent le processus. Par conséquent, chaque soignant effectue des actes de bienfaisance sous le coup de la compassion en fonction de sa sensibilité. Gros parle

⁴²⁰ Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, p. 18.

⁴²¹ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 58.

d'inégalité pas d'injustice. Nous ne sommes pas égaux devant ces sensations. Pourquoi ? Comme nous l'avons montré dans notre chapitre sur les passions, le processus décrit par Hume par lequel les passions surviennent est toujours le même quelle que soit la personne. Mais, de même que certains ont une excellente santé et d'autres moins, nous ne sommes pas marqués par nos émotions avec la même intensité. Il y a une part d'inné, une part issue du milieu dans lequel on naît et de l'éducation que l'on reçoit par exemple. L'art est un bon exemple : si certains sont sensibles à la musique, d'autres le seront à la peinture, et d'autres encore à la danse ou à la beauté de la nature. Nous ne vibrons pas aux mêmes choses. Ce n'est pas injuste, c'est une sensibilité inégale d'un individu à l'autre.

La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi⁴²².

L'auteur emploie des mots très forts comme : *diminution et perte d'intégrité*. Il décrit tout à fait l'état de certains patients gravement malades et ils sont souvent la cible d'attention toute particulière parce qu'ils provoquent des émotions profondes de compassion, de pitié. Le soignant n'aura de cesse de tenter de reconforter comme pour réparer une injustice. Le patient très touché par sa maladie (ou un enfant très malade) déclenche de la compassion auprès des soignants. Mais comment savoir que ces actes de bienfaisance répondent à un besoin, un désir chez lui ? En essayant de prendre de la distance et de considérer la situation sous un autre angle, le soignant découvre l'intérêt de s'approcher de ce patient autrement, en étant détaché. Le jugement impartial ne peut pas prendre toute la place même si cela peut être un outil contre « l'usure des émotions »⁴²³. Alors, nous

⁴²² Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 223.

⁴²³ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : les Belles Lettres, 2008), p. 60.

oscillons toujours entre un trop ou un trop peu, mais la compassion a sa place auprès du patient, articulée avec le détachement pour doser la qualité des actes compatissants.

Le concept du *care* est un élément de l'éthique des vertus et si nous intégrons le détachement dans cette éthique il nous semble intéressant de s'attarder sur un lien possible entre *care* et détachement. Ce concept relativement récent vient directement des pays anglo-saxons en particulier des États-Unis et n'a jamais été traduit en français. Il signifie prendre soin de, mais aussi soigner, à ne pas confondre avec *cure* dont le sens signifie soigner ou appliquer un traitement en vue d'une guérison éventuelle.

Cela suppose un partage du soin et un investissement des hommes dans les professions dites « féminines ». Mais sa portée va bien plus loin. « [...] L'idée a germé à un moment où de nombreuses études pointaient la montée de la défiance dans les relations professionnelles, la difficulté à bien rémunérer certaines activités, le manque d'engagement collectif et la solitude d'une partie de la population⁴²⁴.

Le *care* donne naissance à une éthique ; l'éthique du *care* voit le jour dans les années quatre-vingt en Europe, initiée par Carol Gilligan. Cette dernière définit le *care* comme un « souci fondamental du bien-être d'autrui ». Plus tard, Tronto politisera le *care* pour l'extraire de la cellule familiale.

Dans les stratégies de défense qui rendent possible le travail de *care*, il s'agit de parvenir à ne pas se détourner de la souffrance d'autrui sans pour autant annihiler sa propre santé mentale⁴²⁵.

Les règles appliquées par le *care* sont des règles plus proches du *prendre soin* que du *faire un soin* : protéger, empêcher, supprimer, aider, secourir. Alors « La capacité à se

⁴²⁴ Fabienne Brugère, « Le *Care* concept moral et politique », *L'Express* article de Rebecca Benhamou, 3 mai 2013.

⁴²⁵ Pascale Molinier, *Le travail du care*, legenedumonde (Paris : Dispute, 2013), p. 125.

soucier de l'autre n'est ni féminine ni masculine, elle est inhérente à notre nature humaine »⁴²⁶. Cette phrase rappelle la pitié éprouvée spontanément par tout humain vivant à l'état de nature décrite par Rousseau. Intégrée au concept de soin, cette pitié universelle lève le poids du genre sur l'acte de *prendre soin*. « C'est elle [la pitié] qui, dans l'état de nature, tient lieu de lois, de mœurs et de vertu »⁴²⁷. Tout le monde éprouve spontanément de la pitié pour tout être en détresse, seuls certains iront à son secours. Mais ces quelques-uns n'ont pas de genre déterminé. Si la mère soigne ou plutôt nourrit son enfant, n'importe qui peut sauver la vie ou prendre soin de cet enfant.

A contrario, Pascale Molinier évoque le travail des aides-soignantes dans une maison de retraite comme le fruit d'une approche excessive qui vise à supporter leur propre tâche. Elles soignent ces vieilles personnes comme leur propre mère pour surmonter le dégoût en développant une forme de sympathie. « Les aides-soignantes n'utilisent pas la distanciation pour se protéger du dégoût, mais au contraire le rapprochement »⁴²⁸. C'est ce que l'auteure appelle l'éthique des petits riens. Il ne s'agit plus de prendre soin de quelqu'un d'autre, mais de soi-même pour ne pas tomber. Prenons un autre exemple : Michel Couill a réfléchi au moment du café dans une maison de retraite : il a découvert que de servir le café dans des tasses en porcelaine change l'attitude des résidents : « Offrir du café dans une tasse en porcelaine plutôt que dans un verre en plastique est une marque de respect et de considération »⁴²⁹. Les individus se tiennent mieux à table parce qu'ils ont un objet solide à tenir dans leur main et non quelque chose de tout mou qui peut se renverser et les brûler. Dans cette démarche le soignant reste à sa place, ne s'épuise pas

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 97.

⁴²⁷ Jean-Jacques Rousseau, *Discours sur les sciences et les arts, Discours sur l'origine de l'inégalité*. Chronologie et introduction par Jacques Roger, (Paris : Flammarion, 1971), p. 214.

⁴²⁸ Pascale Molinier, *Le travail du care*, (Paris : Dispute, 2013), p. 119.

⁴²⁹ Michel Couill, « Ballade du café : Devenir de la psychiatrie de la pédagogie du médico-social au regard de l'histoire. », *Revue inter associations culturelles, INSTITUTIONS*, N° 45 (mars 2010), pp. 83-88.

et pourtant il a un tout petit peu changé les choses. Le plaisir de regarder ces personnes prendre leur café comme si elles étaient chez elles, comble le soignant plus que s'il s'arme et se forge une *armure de sympathie* pour affronter la journée. C'est le détachement qui ouvre à des solutions aussi sympathiques. Ce professionnel de santé a de la compassion pour ces personnes et il a cherché leur bien-être en leur rendant un peu de dignité dans ces scènes de tous les jours. « L'ambiance de la scène où se destine, se dessine le soin »⁴³⁰.

Plaçons le détachement à côté du *care* : ces deux mots semblent tellement en opposition qu'il paraît scabreux de leur chercher un point de rencontre. Et pourtant, nous pensons que le détachement peut renforcer le *care* tout en le protégeant de son côté obscur. Dans la Bible, à la suite de la parabole du bon Samaritain, Jésus explique à Marthe qui se plaint que Marie ne l'aide à servir, que Marie a raison de s'asseoir pour écouter sa parole plutôt que de s'occuper toujours à effectuer des *soins* ; il met en avant l'intérêt qu'il y a de temps en temps à s'arrêter et à écouter : « Marthe, Marthe, tu te mets en peine et tu t'embarrasses de plusieurs choses »⁴³¹. Ce que nous souhaitons démontrer est que l'arrivée du *care* en France remet en question la réalisation du prendre soin et du soigner dans nos pratiques. Mais « il existe, dans le champ de la pensée morale, une discussion à propos de la nécessité de discerner « le « bon » *care* du « mauvais » *care* »⁴³². Les termes « bons » et « mauvais » sont très binaires car tout n'est que nuances dans cette relation, mais ils précisent qu'en croyant exercer un soin avec beaucoup de compassion, par exemple, on peut abîmer la rencontre.

Alors, le *care* associé au détachement, pourrait être ce que Pascale Molinier nomme le bon *care* parce que le soignant détaché saura, avec l'habitude, utiliser le *care* pour

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 49.

⁴³¹ Ostervald, *La Sainte Bible*. Luc 10, verset 41.

⁴³² Pascale Molinier, *Le travail du care*, (Paris : Dispute, 2013), p. 102.

approcher les patients et être compatissant tout en gardant une distance. « Le *care* signifie qu'elle [dimension instrumentale] est transcendée par l'attention pour autrui »⁴³³

Proche du *care*, il y a le sentiment de l'empathie très à la mode et très utilisé, trop sans doute ; essayons de l'associer au détachement.

En éprouvant de la sympathie pour le malheur de quelqu'un nous le soulageons un peu de sa peine comme si nous prenions une partie de leur fardeau⁴³⁴.

Le Larousse définit la sympathie comme : « un penchant naturel, spontané et chaleureux, une participation à la joie ou à la peine d'autrui [...] ». Smith parle de sympathie, mais au fond évoque plus souvent l'idée de l'empathie, ce mot n'étant pas employé à son époque. L'empathie est définie par le Larousse : « comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Nous sommes en capacité de ressentir les émotions de quelqu'un, l'expression d'une grande joie ou d'un profond chagrin, mais par l'intuition et non par un raisonnement. Aussi, se mettre à sa place ou percevoir ce qu'il ressent devient plus hasardeux : comment être assurée que notre impression coïncide avec le ressenti du patient ? À l'hôpital, l'expérience de l'empathie est répétée de manière incessante par la vision quotidienne de la douleur et de la misère. Mais, est-ce de l'empathie que nous ressentons ? : « Le terme de sympathie, [...] peut maintenant [...] être employé pour indiquer notre affinité avec toute passion, quelle qu'elle soit »⁴³⁵.

Dans le second tome du *Traité de la Nature Humaine*, Hume développe la thèse de la sympathie. Une faible impression de sympathie entraîne souvent une sensation de mépris tandis qu'une sympathie vive est responsable de bienveillance : « La bienveillance naît

⁴³³ Pascale Molinier, *Le travail du care*, (Paris : Dispute, 2013), p. 103.

⁴³⁴ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 35.

⁴³⁵ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 27.

d'un degré de misère ou d'un degré avec lequel on sympathise fortement »⁴³⁶. Selon cette théorie, les soignants sont très exposés à ressentir une profonde sympathie pour les patients. Ils les côtoient de très près et sont informés non seulement de leur maladie mais de leurs soucis et chagrins professionnels ou familiaux. « Quand nous regardons une personne dans le malheur, nous éprouvons de la pitié et de l'amour, quant à l'auteur de ce malheur, il devient l'objet de notre haine la plus violente et nous le détestons d'autant plus que nous éprouvons plus de compassion pour sa victime »⁴³⁷. Nous comprenons à quels excès d'émotions peuvent nous conduire l'empathie. Peut-être Hare nous guiderait-il vers une possibilité de se positionner autrement.

⁴³⁶ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 229.

⁴³⁷ *Ibid.*, p. 230.

V.1.3 Prendre la place de l'autre.

Hare dans *Moral Thinking* évoque l'idée de connaissance par rapport à la peine de l'autre. Il explique que la connaissance des faits, nous positionne sur le plan factuel et non plus sensible, ce qui nous aide à construire un raisonnement moral. Il part du principe que nous sommes tous tentés de fuir le déplaisir et d'être attirés par le plaisir. Hare propose une vision différente dans l'approche du patient, car il parle du fait de « prendre la place de l'autre », non de se « mettre à sa place ». C'est-à-dire que nous allons tellement nous concentrer sur la difficulté rencontrée par l'autre, que son souci devient compréhensible par nous. Ainsi, nous apercevons et saisissons ses plaisirs et ses peines, puis les comparons aux nôtres ; nous avons pu les mettre en balance et décider de la meilleure solution. C'est un peu comme un avocat quand il tente de comprendre, pour préparer son plaidoyer, ce qui a pu se passer dans la tête de son client jusqu'à aller commettre un crime. Soyons clair : ce travail de compréhension de la situation de l'autre, n'entraîne aucun jugement, c'est une méthode basée sur une meilleure connaissance de l'autre pour être efficace dans la mise en œuvre d'une action sans manquer de tact. Mais Hare n'exclut ni les sentiments ni les émotions. Ce n'est plus tout à fait la morale de Kant, qui restait essentiellement située dans la raison. Le soignant a le devoir, face à la loi, de garder sa maîtrise et de faire appel à ses connaissances médicales, mais il ne peut pas gommer ses émotions et encore moins celles du patient. Ce travail personnel peut être à l'origine d'un lien que l'on pourrait qualifier d'empathique. À la différence de la sympathie, il se donne le moyen d'agir donc il est plus adapté à la relation soignant-soigné. Où allons-nous placer le détachement dans cette relation ?

L'attachement serait comme deux amants partageant une même passion ;
Ceux-ci s'imaginent qu'ils se suffisent à eux-mêmes et que le monde qui les
entoure peut tourner sans eux : eux n'en ont pas besoin, qu'ils croient. Ils sont

repliés dans la forteresse de leur passion, se sentent très forts et à l'abri de tout quand ils sont ensemble. Comme l'ermite qui a atteint un tel degré d'autosuffisance qu'il peut se retirer du monde, ils considèrent qu'ils se suffisent à eux-mêmes [...], le détachement est une ouverture vers l'autre⁴³⁸.

Martha Nussbaum explique que si l'attachement entraîne une fermeture, sans doute le détachement ouvre vers les autres. Partons d'un exemple pour vérifier ces propos : en 1985, Bernard Martino a présenté son travail sur des nouveau-nés dans une émission qui s'appelait *le bébé est une personne*. Certains parents étaient perdus face à leurs bébés car à chaque fois qu'ils souhaitaient le prendre, celui-ci pleurait. Alors, ce médecin montrait aux parents les signes envoyés par leur enfant pour signaler quand il était prêt pour qu'on s'occupe de lui ; Ce médecin leur apprenait à repérer ces tous petits signaux pour commencer à comprendre et à dialoguer avec leur enfant. Cela ressemblait à un travail d'apprivoisement où chacun cherche à créer un lien. Quand les parents de ces nouveau-nés savent regarder leur enfant et repérer ses besoins sans être envahis par leur affection, ils éprouvent véritablement de l'empathie. Donc, c'est en apprenant à se détacher de leur bébé qu'ils tissent un autre lien fondé sur l'écoute et l'observation. Si nous sommes capable de repérer les signes d'une émotion chez l'autre, non pour souffrir avec lui ce qui ne l'aide pas beaucoup, mais pour apprendre à reconnaître les signaux, nous sommes en capacité *d'entendre : je suis bien, laissez-moi tranquille, ou j'ai besoin que quelqu'un s'occupe un peu de moi*. Ricœur écrit :

⁴³⁸ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 430.

C'est peut-être là l'épreuve suprême de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange⁴³⁹.

Il faut faire silence à l'intérieur de soi et capter ces signes en restant à côté du patient, l'accompagner ; c'est lui qui nous guide ; lui seul sait ce qui est bon pour lui et notre savoir n'est pas à la hauteur de sa différence. C'est le propos de Dugravier-Guérin :

Cette dissymétrie témoigne de la différence de l'autre. Mais le patient reste irréductible à mon savoir et à mon pouvoir, échappant à toute connaissance que je pourrais avoir de lui⁴⁴⁰.

Si les soignants, en voulant bien faire, restent submergés par leurs émotions, ils ne peuvent pas prendre conscience de ces passions et faire la distinction entre ce que Smith appelle les passions égoïstes et celles qu'il nomme sociales. Celles-ci sont des affections bienveillantes. Il les nomme bonté, humanité, générosité, compassion, amitié, estime mutuelle. Le détachement permet la prise de conscience de cette relation et l'agent peut débiter un travail personnel ouvrant à plus de sympathie et d'empathie dans un champ ciblé, mesuré et cadré. Diderot défend le travail de l'acteur en faisant un parallèle avec la société des hommes : « Il en est du spectacle comme d'une société bien ordonnée, où chacun sacrifie de ses droits primitifs pour le bien de l'ensemble et du tout »⁴⁴¹. Comme Rousseau dans *le contrat social*, Diderot défend l'idée que chacun doit oublier un peu de sa liberté issue du droit naturel, pour que la vie ensemble soit facilitée. C'est ainsi que le détachement doit s'inscrire dans le code des Bonnes Pratiques et des règles ayant cours à

⁴³⁹ Philippe Svandra, « Repenser l'éthique avec Paul Ricœur », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 124, N°1, 2016, p. 19.

⁴⁴⁰ Nathalie Dugravier-Guérin, *La relation de soin : approches éthiques et philosophiques, (du corps au visage)*, (Paris : Seli Arslan, 2010), p. 74.

⁴⁴¹ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 24.

l'hôpital par exemple. Nous ne pouvons, ni ne devons, nous laisser aller à toutes nos sensations immédiates ressenties. Les soignants doivent apprendre cette mesure en même temps qu'ils apprennent la théorie et les pratiques de leur profession. Nous sommes responsable de patients, hommes, femmes ou enfants, et il est de notre devoir moral de chercher un positionnement calculé sur notre disponibilité, notre état d'âme. Parce que s'il souhaite vivre de et avec ses passions, l'agent doit adapter son degré d'empathie à la demande des malades comme les parents avec leur nouveau-né : « Nous voulons qu'au plus fort des tourments l'homme garde le caractère d'homme, la dignité de son espèce »⁴⁴². Ainsi la rencontre va coïncider. Dans *les Entretiens*, Épictète enseigne comment réagir autrement qu'en obéissant aux passions :

Si tu n'as plus de lit, tu en chercheras un autre, et si tu n'en trouves pas, tu dormiras par terre. Telle situation ne te plaît pas, mais la porte est ouverte ; si tu restes, ne gémis pas. Tu vas au spectacle, mais tu es mal placé, tu ne vois rien ; eh bien, n'y va pas ! On t'insulte, ne laisse pas ton âme s'emporter dans la colère. Prenons donc exemple sur Socrate qui « garda toujours le même visage ». Le sage atteint alors l'ataraxie, l'absence de trouble.

L'objectif à atteindre serait de composer un visage ne laissant transpirer aucune émotion personnelle, parce que cet homme (ou cette femme) paraît tranquille aux yeux des malades. Le visage impassible de Socrate peut être pris pour de la froideur ou une forme d'insensibilité. Rien ne dit que le sage ne ressent rien. Il semble ne rien ressentir. Il faut nuancer le fait de ressentir des émotions et de les exprimer. Le soignant est assailli de passions, nous en avons parlé, tout le travail consiste à apprendre à les recevoir et ne pas se laisser envahir par elles mais qu'elles livrent leur énergie. C'est ainsi que le visage peut paraître calme et détendu pendant que l'âme est en pleine recherche de la bonne distance,

⁴⁴² Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 22.

de la bonne parole ou du juste regard. Ricœur écrit : « le chemin le plus court de soi à soi passe par autrui »⁴⁴³. Pour construire un état d'âme détaché nous devons travailler avec le patient, c'est lui qui va nous montrer le chemin. Le soignant n'avancera pas s'il s'exerce tout seul chez lui.

Julien Grèze note la nécessité de se dissocier de l'autre, terme qui peut être rapproché du détachement.

L'empathie, cette capacité à ressentir une émotion qui est appropriée, en réponse à celle qui est exprimée par autrui. En plus de ce ressenti de l'émotion de l'autre, il faut être capable de dissocier soi de l'autre, et de réguler ses propres réponses émotionnelles. C'est ainsi une source de connaissance de l'état psychologique de l'autre⁴⁴⁴.

On sépare deux identités, comme dans la définition du détachement. L'empathie a besoin du détachement pour dissocier la relation et réguler le flux des émotions. Grèzes parle bien de « connaissance de l'état psychologique de l'autre » et retrouve ainsi les propos de Hare. Si le détachement n'est pas associé à l'empathie, celle-ci pourrait alors se transformer en émotions délétères pour le patient et pour l'équipe soignante. C'est en cela que nous parlons du détachement comme d'un bien. Le professionnel détaché est libre de ses mouvements et de ses pensées et garde toujours présent le désir et le plaisir de soigner celui qui est enfermé dans un corps malade, sans perdre de vue que le malade désire aussi ressentir du plaisir. Alors, vouloir devancer les besoins du patient est déjà une intrusion, car nous nous trompons la plupart du temps. L'empathie affective s'articule avec le détachement pour développer des capacités de compréhension par le recul adopté devant

⁴⁴³ Philippe Svandra, « Repenser l'éthique avec Paul Ricœur », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 124, N°1, 2016, p. 19.

⁴⁴⁴ Julie Grèzes, « Comprendre l'empathie », *Le journal de la philosophie* (France culture, 6 juin 2014).

des situations complexes. Aurons-nous accès à l'empathie cognitive pour développer une empathie compassionnelle⁴⁴⁵ ?

L'empathie cognitive désigne la capacité à comprendre les pensées et intentions d'autrui, l'empathie affective la capacité à comprendre, [...], les émotions d'autrui, et l'empathie compassionnelle enfin est l'autre nom de la sollicitude. Elle, [...], suppose une attitude bienveillante vis-à-vis d'autrui.

⁴⁴⁵ Jean-François Dortier, « L'empathie », *Sciences Humaines*, juin 2017, N° 293, p. 28.

V.2 Le détachement est une vertu que doit posséder un soignant confronté à la réalité hospitalière

V.2.1 Le détachement est une vertu morale adaptée au quotidien des professionnels de santé

Ce que les soignants partagent avec les patients est tellement intime, tellement essentiel, existentiel, qu'il est difficile de ne pas développer avec eux une relation très particulière. Nous partageons des *choses* sur eux que même leur conjoint ou leurs parents ne connaissent pas. Le soigné traverse une épreuve presque insurmontable parfois, alimentée par la douleur et/ou l'angoisse ; il doit confier son corps et se confier à ces soignants qu'il ne choisit pas de malade devenir patient. La rencontre entre le malade et le soignant représente un moment où chacun reconnaît l'autre et le trouve sympathique, ou désagréable, sensation ou émotion autorisant le tissage de liens à l'insu de ces deux individus le plus souvent. Si nous sommes capables de nous attacher, nous pouvons ressentir aussi de l'aversion, très différente du détachement. Il y a des patients sympathiques et d'autres non, pouvant même être repoussants de par leur pathologie ou leur attitude. Si les soignants souhaitent se détacher du patient et l'aider à se libérer, ils vérifient les cordes de liaison, les délient une à une, rien ne les empêche de prendre leurs distances, de couper ou d'étirer ces liens. La morale commune ne les oblige pas à être très proches du patient, la loi non plus, mais l'obligation professionnelle est plus difficile à cerner. Beauchamp et Childress expliquent que les obligations afférentes à tout professionnel peuvent *affaiblir la vie morale* et gommer l'intérêt des idéaux vers lesquels chacun tend : « Si nos attentes se portent uniquement sur le minimum moral, nous avons

perdu le sens noble de l'excellence sur le plan du caractère ainsi que sur celui de la performance »⁴⁴⁶.

Reprenons l'analogie avec le théâtre : le travail de l'acteur et la place occupée par le spectateur expliquent comment le détachement s'invite dans cet échange. A l'hôpital, si le soignant est acteur, le soigné est à la fois spectateur et acteur. Le détachement prend alors la forme d'un travail partagé mais déclenché par le soignant.

Un spectateur passe par toute une longue suite de chagrin, de terreur, d'indignation, et autres affections que le poète représente par les personnages qu'il introduit dans sa tragédie⁴⁴⁷.

Ces émotions, explique Hume, sont présentes chez le spectateur mais activées par l'acteur. C'est le processus de la double relation dont nous parlions plus haut. Quand le soignant cherche à se détacher, par un effet miroir il force le patient à se détacher. Celui qui cherche à se détacher, détache l'autre et l'aide à aborder un vrai travail endurent, intense et difficile.

En réalisant ce devoir, son métier, sa profession avec humanité mais aussi comme professionnel, le soignant délie – et ce n'est pas le moindre de ces avantages – le soigné d'une quelconque dette envers celui qui le soigne⁴⁴⁸.

Le soignant qui poursuit comme idéal de rester concentré sur le soin avec humanité tout en recherchant du plaisir à l'effectuer, délivre le patient d'un devoir de reconnaissance envers lui. La relation est ainsi assainie de toute ambiguïté charitable.

⁴⁴⁶ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 76.

⁴⁴⁷ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 209.

⁴⁴⁸ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 236.

Nous allons étudier comment l'abandon de certaines habitudes au profit d'autres va participer à l'acquisition du détachement.

« Une longue habitude finit toujours par nous aguerrir, et un contact répété à la douleur finit par émousser la sensibilité et la souffrance »⁴⁴⁹. Ce propos de Gros introduit tout à fait le sujet de ce mouvement placé sous le signe du travail au quotidien et de la quête du bien-être. Il explique que nous finissons par nous habituer à tout avec le temps et que du coup nous nous endurcissons face à la souffrance. Le temps de l'habitude serait nuisible à la relation soignant-soigné car il transformerait des personnes sensibles en individus indifférents. Un exemple illustre ce problème : dans le film *Tanguy* d'Etienne Chatiliez en 2001 le jeune adulte, Tanguy, ne parvient pas ou ne semble pas vouloir quitter la maison de ses parents. Ceci montre qu'un défaut de l'habitude est d'endormir le désir. Pour revenir au soignant, il acquiert une bonne pratique, mais sa sensibilité décline et s'engourdit au fil des ans, et il perd tout désir à chercher et à découvrir d'autres méthodes de relation ou de soins par exemple. C'est ce que Hume note également :

La répétition produit une facilité. La facilité convertit la souffrance en plaisir,[...] quand elle est trop grande, (qu') elle affaiblit et alanguit les actions de l'esprit au point qu'il n'y prend plus d'intérêt et perd toute tension⁴⁵⁰.

Alors s'il est demandé au soignant de changer de service ou tout simplement de planification des soins cela lui sera très difficile (c'est ce que l'on nomme « la résistance aux changements »). Pourtant, les acteurs de la santé devraient garder l'œil aiguisé et cultiver les bonnes habitudes. Mais de quelles bonnes habitudes parlons-nous ?

⁴⁴⁹ Frédéric Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, p. 19.

⁴⁵⁰ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 272.

L'accoutumance a deux effets *originaux* sur l'esprit : elle confère, avec *l'aisance* dans l'effectuation d'une action ou la conception d'un objet, une *tendance ou une inclination* à accomplir ces activités ⁴⁵¹.

Pour Hume, l'habitude calme les passions et ouvre à plus de facilité dans la pratique ou l'apprentissage. Il n'emploie pas exactement le terme de vertu mais parle d'accoutumance qui permet d'agir avec aisance. Ces deux positions philosophiques ont en commun de cultiver au jour le jour la bonne attitude pour garder un comportement convenable et adapté sans débordement. « L'homme est naturellement prédisposé à acquérir les vertus, encore faut-il qu'il s'y exerce sans relâche »⁴⁵². Le soignant ne doit jamais cesser d'être détaché pour se détacher dans sa pratique et pour que le détachement devienne un trait de son caractère : *le soignant détaché* est un trait de caractère, car la vertu est attachée à l'humain. C'est une excellence de l'âme, et les soignants détachés intègrent cet état de détachement dans leur âme. Quand nous travaillons si longtemps et si intensément au plus près de la douleur, de la souffrance physique, psychologique, intellectuelle ou sociale, nous devons *veiller* à conserver le même plaisir qu'aux premiers jours de notre exercice pour apporter le meilleur au malade.

Ainsi donc, la vertu du détachement s'acquiert tout au long de la vie professionnelle de l'agent. Il s'habitue à projeter une action, à en cultiver les bonnes pratiques et sa réalisation est un succès. C'est lors de la réalisation de cette action que le détachement acquis peut totalement s'épanouir. Par exemple, quand un praticien décide d'opérer un patient, il sait pourquoi il le fait, il a la connaissance, il décide en fonction des circonstances, et il agit sans jamais changer d'avis, sans jamais déroger. Pratiquer la vertu

⁴⁵¹ David Hume, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions*, (Paris : Flammarion, 2015), p. 272. (en italique dans le texte).

⁴⁵² Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 132.

du détachement rend le soignant détaché et lui donne du plaisir à effectuer une tâche de manière détachée. « Or ce n'est pas par contrainte qu'on doit être courageux, mais parce que c'est beau »⁴⁵³. Nous retrouvons le même bon conseil auprès des Stoïciens. « L'apprenti philosophe (doit) se fixer (à) lui-même un modèle de conduite pour la vie de tous les jours »⁴⁵⁴. Le soignant désire être détaché non par obligation mais parce que cela rend sa mission plus intéressante par l'ouverture que crée le détachement.

Un autre aspect du détachement est la capacité à agir au bon moment. Même une émotion comme la colère peut être adaptée aux circonstances, s'adresser aux bonnes personnes, être exprimée avec le bon ton et les bons mots et surgir à l'instant adéquat :

Ainsi donc, celui qui s'irrite pour les motifs qu'il faut, et contre les personnes qu'il faut, mais qui en plus le fait de la façon qu'il faut, au moment qu'il faut, et tout le temps qu'il faut, celui-là fait l'objet de louanges⁴⁵⁵.

L'action engagée coïncide avec les besoins et les désirs du patient. Le détachement lié à la sagacité, comme nous l'avons évoqué au début de ce chapitre, favorise le *kairos* décrit dans *l'Éthique à Nicomaque* : « Le faire quand on doit, pour les motifs, envers les personnes, dans le but et de la façon qu'on doit, constitue un milieu et une perfection ; ce qui précisément relève de la vertu »⁴⁵⁶. Nous retrouvons ces conseils dans les analyses de situation que nous travaillons à l'hôpital : Agir quand, pourquoi, pour qui, comment : la recherche du *kairos* est présente à l'hôpital, mais elle ne dit pas son nom. C'est parce que tous les jours nous communiquons avec le patient que nous éprouvons le désir de nous détacher et de détacher le patient, pour atteindre l'excellence.

⁴⁵³ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. III [1116 a 28-b 8].

⁴⁵⁴ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), pp. 32-33.

⁴⁵⁵ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. IV [1125 b 22-1126 a 1].

⁴⁵⁶ *Ibid.*, Ch. II [1106 b 15-33].

Mais le bien suprême, lui, est quelque chose de final visiblement. Par conséquent, s'il n'y a qu'un seul bien final, il sera celui qu'on recherche, et s'il en est plusieurs, ce sera le plus final d'entre eux⁴⁵⁷.

La réalité peut être brutale pour certains apprentis médecins ou infirmiers qui finissent par renoncer, choqués par le fossé existant entre ce qu'ils imaginaient et ce qu'ils voient et vivent. Alors il est peut-être urgent pour les soignants (la crise du coronavirus a révélé en partie ces situations difficiles) de rechercher ce « bien suprême » dont parle Aristote, pour garder toujours présent le désir de prodiguer de la qualité dans chaque soin et le transmettre à ceux qui débutent.

Terminons cette section par une précision quant au genre que les êtres humains affectent aux vertus. Il n'y a pas si longtemps, les médecins étaient en général des hommes et les infirmières des femmes. Les qualités attendues de la part d'un praticien étaient l'autorité et le pouvoir, le courage et la force quand celles d'une infirmière ressemblaient plus à la pudeur, la patience, la discrétion et la douceur. Actuellement, la parité est presque réussie dans ces deux professions : des femmes-médecins exercent avec leur qualité de femmes et inversement pour des hommes-infirmiers. La première conséquence est le changement de représentation de l'individu *porteur* de la blouse blanche aux yeux des patients. Pour eux un homme en blanc est médecin. Ils doivent revoir leur schéma sur le monde soignant et cela participe à un changement de paradigme souhaité dans ce travail. Cela joue parfois sur la confiance, car souvent la population se sent *mieux prise en charge* par un homme-médecin. Cependant les mentalités évoluent depuis plus de quarante ans, car les femmes et les hommes ont su prendre leur place avec les qualités liées à leur genre. Pour revenir au sujet de ce chapitre, le détachement n'a aucune connotation genrée et cela donne un

⁴⁵⁷ *Ibid.*, Ch. I [1097 a 29-b 9].

argument de plus pour le cultiver. Alors, tournons-nous vers l'individu-soignant pour examiner comment il devient détaché.

V.2.2 Le soignant décide d'être détaché

Il nous faut dire, [...], que la conception qu'on a du bien / (15) et du bonheur, [...], découle selon toute apparence du mode d'existence que l'on mène⁴⁵⁸.

Cette citation issue de l'*Éthique à Nicomaque* explique comment la quête du bien et du bonheur, quête universelle du genre humain, relève de notre entière responsabilité. Ce n'est ni le bien, ni le bonheur qui créent le bon mode de vie mais l'inverse. Désirer vivre selon une bonne vie fait naître le bien et le bonheur.

Descartes emploie les termes de louanges et de blâme qui caractérisent les conséquences des actes vertueux ou vicieux. « La principale perfection de l'homme est d'avoir un libre arbitre, et [...] c'est ce qui le rend digne de louange ou de blâme⁴⁵⁹ ». Donc, l'homme peut se donner des choix et ressentir une forme de liberté. Une autre notion nous engage à prendre la voie du détachement dans un texte écrit par Pellegrino et cité dans l'article de Dinechin :

La relation médicale s'ouvre quand, devant un malade qui s'adresse à lui, le médecin « fait profession » de l'aider dans la mesure de son savoir et de ses moyens. Cet acte de profession, implicitement réitéré avec chaque nouveau patient, est existentiellement premier, et le « serment » professionnel qui le garantit auprès du corps médical en est l'adossement, non la réalité la plus proche⁴⁶⁰.

Cette mission est sous serment et, de ce fait, nous pousse à rechercher l'excellence. Le soignant étant devenu techniquement habile dans les gestes du soin, comme poser une

⁴⁵⁸ *Ibid.*, Ch. I [1095 b 4-15].

⁴⁵⁹ René Descartes, *Principae philosophae ou principe de la philosophie*, œuvres textuelles 1644, (Paris : Hachette, 1904).

⁴⁶⁰ Olivier de Dinechin, « Les poussées d'un droit à la santé », *Revue Projet* Vol. 304, n° 3 (2008), p. 37, <https://doi.org/10.3917/pro.304.0037>, consulté le 17/09/2019.

valve intracardiaque, effectuer une prise de sang, un pansement ou une toilette, doit, en plus, chercher à les exécuter dans une disposition intellectuelle et morale particulière. S'il souhaite devenir ce soignant vertueux, il doit réfléchir à l'état de son âme quand il travaille. Quel cheminement ce soignant va-t-il suivre pour prendre une telle décision ? Rousseau évoque l'amour de soi dans l'*Émile*, qui doit être cultivé par le précepteur pour développer ensuite l'amour pour les autres et permettre à l'homme de se réaliser lui-même pour éviter le trop d'amour-propre. « Le premier sentiment d'un enfant est de s'aimer lui-même ; et le second, qui dérive du premier, est d'aimer ceux qui l'approchent. Puis, tout le bien qu'il ressent pour lui-même se transmet aux autres et ainsi il pourra prendre le temps d'avoir *pitié* »⁴⁶¹. Libre-arbitre, amour de soi, semblent montrer que nous sommes en possession d'outils pour cheminer vers une bonne vie. « L'estime de soi et la sollicitude ne peuvent se vivre et se penser l'une sans l'autre »⁴⁶². Cette phrase de Ricoeur nous conforte dans l'idée que nous devons, d'abord, cultiver une bonne image de soi pour proposer notre sollicitude auprès des autres. Le travail de la vertu commence par là. Martha Nussbaum note que, si quelqu'un vit complètement en dehors de la société sans contact avec les autres, il ne possède aucune vertu : « Un solitaire n'a pas de vertu car il n'a pas de relation aux autres »⁴⁶³. Il n'est pas dit qu'il n'en a pas besoin, il est écrit qu'il n'en a pas, ou s'il en possède, cette vertu n'a jamais l'occasion de se manifester car le solitaire ne se confronte à personne. En effet, pourquoi chercher à être détachée si nous sommes seule ? La nécessité d'entretenir ou d'œuvrer à acquérir une vertu serait toujours liée au fait de vivre avec les autres. Si une « vertu a toujours une relation aux autres et à soi »⁴⁶⁴, nous pouvons devenir détachée et rester disponible pour les autres. Mais, à

⁴⁶¹ Jean-Jacques Rousseau, *Émile, ou, De l'éducation*, (Paris : Flammarion 2009), Livre IV, p. 306.

⁴⁶² Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, (Paris : Éditions du Seuil, 2015), p. 212.

⁴⁶³ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 434.

⁴⁶⁴ *Ibid.*, p. 434.

l'inverse, nous sommes gênée par un soignant qui va au-delà du *soigner*, plus loin que le *prendre soin* et cherche une proximité trop importante avec les patients en voulant les apaiser. « La sentimentalité est pire qu'inutile »⁴⁶⁵. Donc, nous possédons notre libre-arbitre, nous acquérons l'amour de soi : « C'est le bonheur, principe comme fondement suprême de la détermination de l'arbitre, c'est le principe de l'amour de soi⁴⁶⁶ », et pouvons travailler sur notre propre estime, nous devons vivre avec les autres pour pouvoir développer une vertu et nous aborderons les patients avec la *bonne distance*. Nous détenons certains outils pour cultiver le détachement. En agissant dans la bonne direction et pour de bonnes raisons, l'agent s'épuise moins à prendre en charge toute la souffrance du service et découvre du plaisir à soigner. Il cible les besoins du patient et répond efficacement à la demande :

La condition bonne d'un caractère vertueux, [...], est une sorte de préparation à l'activité. Elle trouve son accomplissement et son épanouissement naturels dans l'activité : *energeia*⁴⁶⁷.

Si le soignant est efficace, il ne prend pas toujours le temps de réfléchir à ce qu'il entreprend.

Appartient au domaine de la pensée tout ce qui doit être produit par les paroles on y trouve comme parties : démontrer, réfuter, produire des émotions comme

⁴⁶⁵ Simone Korff-Sausse, *Aux sources de l'éthique : les enjeux psychiques de la relation de soin. La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, éd. par Lazare Benaroyo (Paris : Presses universitaires de France, 2010), p. 58.

⁴⁶⁶ Emmanuel Kant, *Critique de la raison pratique*, trad. par Jean-Pierre Fessler, (Paris : Flammarion, 2003), pp. 113-114.

⁴⁶⁷ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 399.

la pitié, la crainte, la colère et toutes les autres de ce genre, ou encore amplifier et réduire⁴⁶⁸.

Aristote écrit que la pensée donne sa rectitude à la raison, car elle est cultivée par la vertu. Nous pouvons donc désirer soigner autrement, dans un autre état d'esprit et en agissant sur notre caractère par la pensée. Par conséquent, l'état d'esprit dans lequel le soignant travaille lui donne la force d'exécuter sa tâche, « (c'est) un travail d'être vertueux »⁴⁶⁹, car il y a une quête d'une vie bonne pour que la mission soit bien remplie, et il y a du plaisir à être vertueux.

⁴⁶⁸ Aristote, *Poétique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2014), Ch. XIX [1456 b].

⁴⁶⁹ *Ibid.*, Ch. II [1109 a 20-35].

V.2.3 Apprentissage du détachement

Mais ceux qui aiment ce qu'il est beau d'accomplir ont plaisir à ce qui est naturellement plaisant ; or telles sont les actions vertueuses ; de sorte qu'elles sont plaisantes à la fois pour eux et en elles-mêmes⁴⁷⁰.

Le soignant se fixe dans un premier temps le but qu'il poursuit et quel paradigme il désire construire. Une fois ce but défini, il pose devant lui les moyens qu'il a en sa possession pour remplir cet objectif. Aristote écrit : « Le bonheur est la vie parfaite et l'action réussie »⁴⁷¹. Chercher à être un bon soignant, c'est essayer de réaliser sa tâche à tous moments avec application et détachement ; il cherche la réussite de l'entreprise à chaque instant. *Tu soigneras avec compétence, habileté et douceur, discrétion et discernement* pourrait être le premier principe que se fixe l'agent. Une fois ceci posé, les objectifs à atteindre sont plus clairs. En effet, quand nous écrivons qu'il faut soigner avec compétence cela signifie que le soignant doit avoir la connaissance pour effectuer des soins sans faire d'erreur. L'habileté du geste vient de la pratique au fil des ans mais pour être efficace il faut que l'agent ait acquis les bons gestes dès l'école. S'il effectue un pansement de la mauvaise manière, il pourra s'exercer toute sa vie, ils seront toujours mal faits, car l'apprentissage n'a pas été à la hauteur. Pourquoi douceur ? Parce que nous devons éviter autant que possible d'apporter de la souffrance à la souffrance déjà présente. Avec le temps, encore une fois, le soignant saura faire une injection, laver ou rééduquer en douceur. Apprendre à être discret est central dans ce métier, car ce n'est pas le soignant le centre de la préoccupation mais le soigné. Le soignant reste un instrument pour le patient. Il ne faut pas vouloir occuper le devant de la scène, mais savoir prendre la place qui est la sienne comme l'acteur sait s'installer dans le décor du théâtre. Nous terminons

⁴⁷⁰ *Ibid.*, Ch. I [1099 a 10-26].

⁴⁷¹ *Ibid.*, Ch. I [1098 b 13-27].

volontairement par le discernement car c'est lui qui identifie les problèmes et permet de prendre de la distance pour désirer une décision et une action adaptées au contexte. Voilà le soignant armé pour changer son comportement et atteindre l'objectif qu'il s'est fixé : « Si l'homme est vertueux, ses œuvres seront parfaites et belles dès lors que chaque œuvre parfaitement accomplie traduit la vertu qui lui est propre, [...] »⁴⁷². Nous avons écrit plus haut que l'homme vertueux se révèle dans l'action, donc le soignant souhaitant devenir détaché doit entrer dans l'action pour apprendre et acquérir la vertu du détachement.

Une fois que le soignant a assimilé l'apprentissage de la pratique, il est disponible pour apprendre quelque chose au-delà de cette technique, la vertu du détachement : « La vertu de l'homme doit aussi être l'état qui fait de lui un homme bon et qui lui permet de bien remplir son office propre »⁴⁷³.

La formation d'habitudes, acquises aussi bien à l'intérieur de la famille que dans le contexte d'un programme d'éducation publique, est le facteur décisif pour devenir bon⁴⁷⁴.

Nous ne sommes pas détachée naturellement avons-nous vu, nous verrons plus loin que le malade aussi peut être en quête de cette vertu. Aristote pose une condition : il faut que l'agent soit actif, donc qu'il ait à prendre des décisions à travers une délibération, et surtout qu'il soit en rapport avec le monde. Travailler détachée ne se résume pas à garder ses distances, c'est aussi une durée, un espace créé, une posture, un discours, donc tout un *savoir-faire* guidé par un état d'âme qui s'acquiert avec le temps en identifiant, dans notre vie professionnelle, ce dont nous sommes réellement responsable, et ce sur quoi nous pouvons vraiment décider d'une action.

⁴⁷² Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. I [1098 a 8-18].

⁴⁷³ *Ibid.*, Ch. II [1106 a 6-23 ; 1106 a 23-36].

⁴⁷⁴ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 427.

Plus on cultive cette vertu plus on devient détaché, seul l'abandon de cette habitude fait disparaître cette vertu petit à petit : elle a besoin d'être entretenue jour après jour, il faut prendre soin d'elle pour prendre soin des autres. En se développant, le détachement donne la force aux soignants de travailler tous les jours et tout au long de leur vie professionnelle de manière détachée.

Le soignant travaille au sein d'un cercle vertueux, et va chercher à mobiliser chez le soigné les bonnes affections. Un patient peut s'attacher très fort aux gens qui le soignent. S'il souhaite rencontrer des soignants chargés de sentiments à son égard, il risque de vivre une grave déconvenue, car ceux-ci sont attentionnés, à l'écoute, attentifs mais n'ont pas à percevoir (ne devraient pas avoir) d'émotions à titre privé comme l'amitié ou l'amour envers leur patient. Pour préparer une sortie réussie, le patient doit à tout prix rester quelqu'un d'entier, ne pas mettre sa vie de côté, ni sa famille, ni ses amis. Il devrait souhaiter n'être que soigné et préserver ainsi son identité propre, il devrait ne confier que sa maladie, pas le sujet porteur de la maladie.

Est-ce rien au monde de plus insupportable que cet état [...] ? Quelle condition est plus misérable que celle de vivre ainsi, n'ayant rien à soi et tenant d'un autre son aise, sa liberté, son corps et sa vie⁴⁷⁵.

Mais le patient immobilisé dans son lit est obligé de subir ce lien : « Le soin est la phase réparatrice de l'acte médical. Le malade est soumis pour que le médecin ait la possibilité de maîtriser la maladie »⁴⁷⁶. Par conséquent, il doit être aidé à exprimer le désir de s'extraire de cette servitude pour retrouver la maîtrise de son confort. Un patient obligé de rester couché pendant de longues journées doit trouver en lui la force de supporter cet état et cultivera la vertu de la patience : « Il est plus difficile de rester longtemps immobile

⁴⁷⁵ Étienne de La Boétie, *Discours de la servitude volontaire* (Paris : Flammarion, 2015), p. 110.

⁴⁷⁶ Lazare Benaroyo, *La philosophie du soin*, (Paris : PUF, 2010), p 24.

que de s'élaner brusquement vers quelque chose de difficile⁴⁷⁷». Mais il peut aussi découvrir en lui des ressources et des richesses qu'il ne soupçonnait pas, comme le courage face à la douleur et l'inquiétude devant l'avenir : « Dans l'état de déséquilibre qu'instaure la maladie physique, les vertus morales pourront contribuer à volontairement mettre en œuvre des conduites proposant des réponses adaptées face aux changements induits par la maladie »⁴⁷⁸. Le soignant accompagne cet individu tout au long de ce parcours au-delà du simple geste technique. « La vertu, c'est-à-dire le bon usage des désirs et des impulsions à l'action, consiste toujours à commencer par juger correctement »⁴⁷⁹. Aristote conseille de développer d'abord la qualité du discernement ou sagacité. Combien il est dur pour un malade de garder toute sa sagacité ! Avoir une bonne idée de sa situation est un outil pour maîtriser le temps passé à l'hôpital et le lieu imposé qu'est sa chambre. Tous les soignés ne peuvent y parvenir, mais commencer à amener quelques-uns vers cette voie est peut-être le début de quelque chose de nouveau. Le soignant informe et forme le patient tous les jours, il lui ouvre des portes pour que celui-ci comprenne qu'il peut (doit) reprendre la maîtrise de son existence. S'il travaille avec le soignant à se détacher, il rentre dans une recherche personnelle où personne ne peut interférer. C'est ainsi qu'il avance tout au long de son séjour.

Une relation stable désire le mouvement indépendant de son objet, et subit les effets de leurs actions. Son désir est de rester en mouvement, de désirer dans ce monde, et de continuer à recevoir l'activité désirante de l'autre⁴⁸⁰.

⁴⁷⁷ Annie Hourcade, « Vertus du patient et éthique des vertus », *Ethics, Medicine and Public Health* 6 (juillet 2018) : 1-11, <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2018.06.001>.

⁴⁷⁸ *Ibid.*

⁴⁷⁹ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [31-32], p. 104.

⁴⁸⁰ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 440.

Le détachement repère ces liens à couper pour en créer d'autres, identifie les idées justes pour agir guidée par les passions adéquates. Ces nouvelles liaisons ne s'apparentent pas à l'attachement dans la mesure où leur but n'est pas de créer une relation sympathique ou amicale, mais professionnelle. Le soignant a le devoir de chercher tous les jours les liens à tisser avec le soigné.

Si nous sommes détachés, est-ce que nous nous plaçons en situation d'objectivité ? L'idée d'objectivité induit le concept d'objet. Nous imaginons une relation froide, distante, professionnelle certes, mais dépourvue de toute chaleur car le soigné serait réifié : le soignant utilise, alors, ses compétences comme un mode d'emploi, une recette. *L'objet* de ses soins est très bien soigné mais non reconnu en tant que sujet. On pourrait nous opposer le fait que nous exhortons le patient à ne confier que sa maladie au corps soignant mais que nous demandons qu'il soit traité comme un sujet. Effectivement, le patient doit réaliser ce parcours en ne s'investissant pas trop dans cette relation. Le soignant s'adresse à un individu malade même si au cours des staffs l'équipe soignante réifie les patients du service par souci d'efficacité. Nous avons montré que le détachement est une vertu, aussi nous ne pouvons pas agir de manière vertueuse et réifier le malade. Sinon, nous parlons de son excès, le renoncement à soigner, le reniement de l'essence même de cette profession de soignant. Le malade est donc aussi intéressé par le travail de détachement et par l'intensité du lien qui le lie au soignant, mais sa double position d'acteur et de spectateur rend ce travail compliqué et pénible. Les soignants doivent chercher à l'aider à devenir d'abord un spectateur détaché pour entreprendre ensuite la construction d'un acteur détaché.

Illustrons notre propos par une parabole issue de la Bible, la parabole du chameau ; Jésus dit : « Il est plus aisé qu'un chameau passe par le trou d'une aiguille, qu'un riche entre

dans le royaume de Dieu »⁴⁸¹. Le trou de l'aiguille représente une petite porte, la Porte de l'Aiguille, creusée à travers le mur d'enceinte de Jérusalem. Il fallait l'emprunter pour entrer dans la ville. Cette porte était très étroite et les chameaux, pour la franchir, devaient être débarrassés de tout leur chargement. Jésus emprunte cette parabole pour s'adresser aux hommes riches de biens matériels et pour leur expliquer qu'ils devront les abandonner tous pour aller au paradis, donc se détacher de leurs richesses. Cette image du chameau représente le symbole du détachement, et le possible accès qu'il ouvre à un nouvel état. Épictète ne dit rien d'autre :

Les objets que nous pouvons recueillir pendant la courte escale et auxquels nous nous sommes attachés, ne sont que des possessions provisoires qu'il faut abandonner quand retentit l'appel du pilote⁴⁸².

Cette parabole explique que pour être détaché il faut commencer par se débarrasser de l'inutile. Donc nous portons notre réflexion sur les habitudes à garder pour se débarrasser des mauvaises. Épictète explique ce parcours dans son *Manuel* pour l'apprenti philosophe stoïcien : « Ne vois dans ce tout ce qui t'entoure que du mobilier d'auberge : tu n'es là que de passage »⁴⁸³. Le détachement étant une vertu, l'agent doit être constamment à la recherche d'un point d'équilibre. Trop détachée est de l'ordre du renoncement à pratiquer des soins et nous ne pouvons pas comprendre le patient, un écran virtuel ou réel est posé entre lui et nous, tout échange sera difficile. Mais pas assez détachée, nous basculons dans une confusion de sentiments envahissante et inadaptée au rôle de soignant. Smith écrit :

⁴⁸¹ Ostervald, *La Sainte Bible*. Marc 10, verset 25.

⁴⁸² Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), §11, p. 6.

⁴⁸³ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [10-13], note : Sénèque, *Lettres à Lucilius*, 102, 24, p. 77.

[...] il y a une grande différence entre la vertu et la simple convenance. L'une est issue d'un caractère délicat, subtile et intelligent, l'autre relève de codes de politesse indispensable pour une vie en société⁴⁸⁴.

Nussbaum considère que les habitudes prises dès le tout jeune âge rendent décisive la possibilité de devenir bon. Aristote parle de vertu induite par l'habitude de vie et qui doit devenir un état. En s'appuyant sur nos valeurs humaines, nous développons les vertus dont nous avons besoin dans notre quotidien pour nous comporter de manière adéquate en face des situations rencontrées au quotidien.

Lorsque nous prenons l'habitude de mépriser ce qui nous fait peur et de l'affronter, nous devenons courageux et c'est une fois que nous le serons devenus que nous serons surtout capables d'affronter ce qui fait peur⁴⁸⁵.

Donc, c'est en agissant de manière détachée tous les jours que nous devenons détachée dans nos habitudes. Mais Aristote dit plus que cela. Il retourne la vertu en *capacité de*. C'est-à-dire qu'en travaillant à être détaché nous acquérons le caractère d'être détaché et devenons capable de détachement devant toutes les situations après avoir identifié toutes les émotions contenues en nous et repérées chez l'autre ; grâce à ce travail, nous pouvons désormais nous mesurer à toutes ces émotions. Par conséquent, au-delà de la capacité, la personne qui a coutume de décider et d'agir de manière détachée, a le caractère et le désir d'être détachée, donc un état. « Si donc les vertus ne sont ni des affectations ni des capacités, il reste qu'elles sont des états »⁴⁸⁶. Ainsi, le détachement rend le soignant moins vulnérable ; le détachement exercé, doublé de la connaissance professionnelle et de l'expérience, produit un agent capable de discernement et de compréhension. Cette réflexion ne peut avoir lieu que si et seulement si l'individu se pose, s'arrête, met de la

⁴⁸⁴ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 51.

⁴⁸⁵ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. II [1104 a 29-b 8].

⁴⁸⁶ *Ibid.*, Ch. II [1106 a 6-23].

distance et prend le temps. Il doit effectuer un travail de délibération et poser les avantages et les inconvénients sur chaque plateau de la balance. Si nous classons le détachement dans l'éthique des vertus, rien ne nous empêche d'utiliser d'autres éthiques pour mener à bien une réflexion comme l'éthique utilitariste car elle aide à mesurer le degré de plaisir que les soignants vont générer en travaillant à être vertueux. Une fois le constat établi, chacun décide d'adopter ce changement. Nous ne pouvons jamais prendre de décisions de changement si nous ne nous décollons pas de l'actualité. Donc, nous devons commencer à nous détacher de la situation, l'objectiver, pour décider de devenir détachée.

V.2.4 Nouveau paradigme de la relation soignants-soigné

Dans *Le cercle des poètes disparus*, réalisé par Peter Weir en 1989, Robert Williams, l'acteur principal, demande à ses élèves de monter sur les tables pour regarder leur salle de classe autrement. Cet exemple est très fort et beaucoup s'en souviennent, parce que cette scène est une démonstration radicale de rupture avec les habitudes sans dépenser d'argent. Quand nous changeons de posture physiquement ou intellectuellement, nous regardons notre environnement sous un autre angle. Ce peut être le début d'un questionnement profitable.

Le poète doit composer de manière à faire naître ce plaisir des actes accomplis⁴⁸⁷.

Nous avons bien démontré que l'individu qui décide d'être détaché dans sa pratique, ne peut pas seulement être détaché de temps en temps mais le sera tout au long de l'exercice de son métier de soignant, car il sera détaché dans son âme, dans son caractère. Avec le détachement nous restons toujours disponible pour accueillir les contraires, la vulnérabilité, sans absorber toutes les émotions, chagrin, colère ou même joie exprimés par nous et le patient. Le détachement protège les deux protagonistes de la relation contre trop d'amour ou trop de haine. Nous écrivons ces lignes pendant l'épidémie du coronavirus. Les soignants masqués s'occupent de patients porteurs de masque également, et cela va encore durer des mois. Le port de ce petit bout de tissu illustre parfaitement notre propos. Ce n'est pas parce que le visage des professionnels de santé et des patients est en partie caché que la relation doit être différente. Ce masque trahit le soignant sur sa vulnérabilité, car étant très exposé au virus, il doit se protéger pour ne pas tomber malade à son tour, lui et sa famille. Le détachement donne la capacité aux

⁴⁸⁷ Aristote, *Poétique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2014), Ch. XIV [1453 b].

soignants de trouver un autre mode de relation, toujours fondé sur une forme d'empathie mais avec un *masque*. Celui-ci concrétise le détachement. C'est au détour d'un événement imprévu que l'on peut juger de l'état de détachement du soignant. Quand il n'a pas le temps de se préparer à affronter une dure réalité, le soignant détaché maîtrise ses affections et décide des actions à mener sans être bouleversé. Tel l'acteur de Diderot, il joue son rôle jusqu'au bout parce que c'est beau de bien jouer son rôle et de bien remplir sa mission même s'il faut improviser parfois. Le soignant détaché *se détache* de la masse des autres soignants par sa rigueur, son professionnalisme et son empathie. Cela ne peut tromper personne. Il mérite d'être loué pour ça et il prend du plaisir à agir ainsi, car il sait qu'il est là où il faut, avec la personne qu'il faut, au moment où il le faut. Sans doute est-il éreinté quand tout est fini, sans doute est-il resté quelques heures de plus que prévu, mais le but poursuivi a du sens pour lui et il ne saurait faire autrement parce qu'il est soignant et vise tous les jours l'excellence de la pratique de sa profession. Certains nous opposeront que nous ne sommes pas des robots et que tout individu peut faillir. Nous entendons cet argument et cela ne peut que renforcer notre conviction, car si la plupart du temps ce soignant est vertueux, quand il faiblit, son caractère détaché entretient tous les bons réflexes. Il est un peu moins performant certes, mais accomplit des actions vertueuses. Si le soignant souhaite devenir détaché donc tendre vers l'excellence, il est nécessaire qu'il s'appuie sur l'art de délibérer pour prendre les meilleures décisions pour le patient et pour lui-même car une vertu ne vient pas seule ; un homme courageux saura adapter son comportement aux circonstances et décider de fuir ou d'attaquer à bon escient. Il en est de même pour le soignant, il doit apprendre à bien délibérer pour atteindre sa cible ; quelque fois il est bon de ne pas intervenir mais il faut repérer cet instant pour ne pas se tromper. Il associe la sagacité et la compréhension du contexte à l'art de se détacher. « [...] ce n'est pas seulement l'état conforme à la raison correcte,

mais l'état accompagné de la raison correcte qui est vertu. Quant à la raison correcte, en l'occurrence, c'est la sagacité »⁴⁸⁸.

Le détachement n'exclut aucun comportement très distant ou très compassionnel, car il faut savoir donner la main pour accompagner quelqu'un qui souffre ou est en fin de vie. Ce soignant sait renoncer à traiter un patient. Celui qui ne ressent rien pour un patient n'est pas pour autant détaché, car il y a plus de vertu à décider de s'approcher au plus près de l'intimité de quelqu'un que de renoncer à le regarder et ce n'est pas parce qu'on se montre rempli de compassion pour ce patient qu'on n'est pas détaché. Devant des situations extrêmes on appréciera celui qui garde son sang-froid et reste capable de bonne décision et d'actions adaptées jusqu'au bout, même si le contexte est particulièrement difficile. Nous pensons aux services des urgences qui ont eu à soigner les rescapés du Bataclan ou plus récemment les services submergés par les patients malades de la COVID19. Celui-là soigne jusqu'au bout de la nuit et effectue sa tâche sans faillir. Il sait montrer de l'empathie à la mesure de l'état de la personne qu'il soigne mais il reste imperturbable. Les erreurs viennent du fait qu'on n'est pas plein de compassion à ce qu'il faut ou qu'on est fusionnel à ce qu'il ne faut pas. Alors, celui qui sait s'approcher à bon escient et fait ce qu'il faut, est détaché. Il décide en fonction de la situation et de ce qu'exige la raison, ainsi s'exercent les affections et les actions du soignant détaché.

Le lieu de l'action, le découpage du rythme de travail, les soins générés aux patients sont soigneusement répétés pour créer des habitudes. Nous nous émerveillons devant la beauté d'un ballet, ou d'un concert, ou d'une pièce de théâtre, mais l'éclat de l'œuvre jouée est tel que nous, spectateurs, oublions totalement le travail qu'a nécessité cette représentation. Le peintre, l'acteur, l'artisan répéteront et chercheront longuement la

⁴⁸⁸ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. VI [1144 b 19 - 30].

bonne couleur, le bon ton, la bonne facture jusqu'au jour où ils trouveront. Ils sauront que la couleur, le ton et la facture sont exactement ce qu'ils cherchaient. Et c'est ainsi que ce doit être. À l'hôpital, le spectateur-patient est en droit d'attendre une habileté certaine de la part des soignants. Ce geste maîtrisé semble facile à accomplir et surtout s'enveloppe d'une forme d'esthétique, le soin provoquant ainsi un plaisir pour la personne qui l'accomplit et de l'admiration teintée de confiance pour celui qui le reçoit. Il y a du style dans cette gestuelle. Une technique de chirurgie remarquablement maîtrisée est tout à fait comme la réalisation d'une œuvre ; il y a une grande part d'esthétique en plus de l'efficacité de l'intervention. Cette recherche du beau n'est jamais acquise une fois pour toute, à tout moment le geste peut redevenir banal. Ainsi, chacun peut travailler en pouvant focaliser son intelligence et son attention sur la nouveauté. Celle-ci se rencontre dans l'accueil d'un patient pour l'intégrer dans le champ de nos habitudes, ou une nouvelle technique de soins qui deviendra également une règle une fois adoptée par l'équipe, et enfin la survenue brutale d'une urgence. Tous ces gestes aussi parfaits soient-ils, représentent une œuvre, l'art de soigner.

D'abord, il doit savoir ce qu'il exécute ; ensuite, le décider et, ce faisant, vouloir les actes qu'il accomplit pour eux-mêmes ; enfin, troisièmement, agir dans une disposition ferme et inébranlable⁴⁸⁹.

Le détachement permet d'adopter une *disposition ferme et inébranlable*. Le but est de réfléchir à un autre positionnement plus adapté à la vie de chaque soignant et au confort de chaque patient car tout n'est pas écrit une fois pour toute et il n'y a pas une seule façon d'être auprès du malade. Soigner en cherchant à réaliser une *œuvre d'art* devient une fin remarquable pour les soignants sans nier la réalité du quotidien.

⁴⁸⁹ *Ibid.*, Ch. II [1105 a 23-b 5].

Imaginons enfin, que chaque soignant trouve ou retrouve du plaisir à soigner malgré les difficultés rencontrées, ceci peut représenter un objectif de soins pour une équipe. Le choix du soignant d'être détaché le mène à distinguer l'action qui amène un plaisir immédiat de l'action menant à un plaisir durable. Si un soignant a du plaisir à faire des pansements parce qu'il a acquis une bonne dextérité, il essaie de remplir cette tâche aussi souvent que possible ne pensant qu'à sa satisfaction personnelle.

Vertu et vice engendrent nécessairement l'une des quatre passions, ce qui les distingue clairement du plaisir et de la douleur qui naissent d'objets inanimés⁴⁹⁰.

À l'opposé, celui qui est détaché évalue la charge de travail de tout le service, les patients de son secteur, et tente d'articuler ses soins avec les autres professionnels en harmonie avec les demandes des patients. Le plaisir trouvé est dans la bonne marche du service tout au long de la journée comme une mise en scène réussie et dans la réalisation du beau geste associé à l'utilité de soigner pour soulager.

Il y a deux causes naturelles des actions : la pensée et le caractère⁴⁹¹.

Nous devons ressentir en nous ce nouveau positionnement, vérifier qu'il nous anime, et comme l'acteur, qu'il nous ouvre une porte vers toutes les attitudes à adopter devant chaque nouveau soigné. À force de travailler de manière détachée, le soignant acquiert de plus en plus la faculté de se détacher et en travaillant au quotidien ces nouvelles attitudes, il s'installe dans un cercle vertueux. Il améliore, au-delà des techniques, son attitude et son comportement jour après jour en agissant sur ses pensées et en exerçant son caractère.

⁴⁹⁰ Jean Pierre Cléro, *La philosophie des passions chez David Hume*, (Paris : Klincksieck, 1985), p. 289.

⁴⁹¹ Aristote, *Poétique*, (Paris : Librairie Générale Française, 2014), Ch. VI [1450 a].

Il transcende la relation en regardant au-delà du quotidien. La différence entre routine et habitude se situe à cet endroit. En travaillant pour atteindre l'excellence, nous nous garantissons d'un bénéfice pour nous-même et pour le soigné dans le plaisir obtenu. Deux exemples illustrent notre propos :

Le premier est celui de l'enfant parvenu à l'âge adulte. Le vrai détachement commence le jour où il emménage chez lui, car il doit décider et agir en ne comptant que sur lui-même. Puis l'habitude supplantera les efforts donnés pour asseoir l'adulte *en-devenir* mais également responsable, et détaché du foyer parental. Rien ne l'empêche d'aimer sa famille et d'être aimé en retour. La démarche qu'il a entreprise l'a détaché de ses parents pour le meilleur.

On passe d'un moi individuel qui se confond avec les choses extérieures avec le corps, à un moi conscient de sa liberté et transcendant tout ce qui n'est pas lui⁴⁹².

Le deuxième exemple traite de l'acteur répétant son rôle pendant des jours, des semaines et des mois parfois. Il apprend son texte par cœur, parfait son attitude et son positionnement sur la scène selon les directives du metteur en scène. Il doit sentir son personnage essentiellement, se laisser habiter par lui sans toutefois se laisser envahir. Et surtout, il doit se retrouver totalement quand il se démaquille. Ce travail est proche de l'acquisition de la vertu du détachement par la répétition incessante d'un rôle pour épouser le caractère du personnage. Comme le jeune adulte, un éloignement et des habitudes de vie différentes obligent à travailler sur la rupture avec le quotidien pour la création et l'émergence d'une autre *vie*. « Chacun est un artiste à tout faire »⁴⁹³. L'acteur

⁴⁹² Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), [1,3], p. 45.

⁴⁹³ Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, (Paris : Librairie Générale Française, 1993), p. 51.

finit par acquérir le réflexe de se détacher au fur et à mesure de son expérience. « Mais attention alors de ne pas mettre abusivement son grain de sel dans le rôle. Le pire ennemi de l'acteur c'est, à ce moment-là, l'acteur lui-même »⁴⁹⁴ :

« Elle [La nature] ne nous a donc pas commandé de prendre plus de part aux chagrins des autres que ce qui est nécessaire pour nous porter à les soulager⁴⁹⁵ ».

Donc nous avons installé le détachement au cœur de la mission des soignants et avons constaté qu'il y avait tout à fait sa place, en autorisant la compassion parfois, la distance nécessaire souvent sous tendu par l'empathie. Dans le paragraphe suivant, nous précisons ce que nous entendons par compassion et empathie, deux qualités requises pour les soins, qui portent en elles leurs qualités et leurs défauts. Nous les articulerons au détachement pour en faire un usage convenable au sens où l'entend Smith.

C'est dans l'adéquation ou l'inadéquation, dans la proportion ou la disproportion entre l'affection et la cause ou l'objet qui l'excite, que consistent la convenance ou l'inconvenance, le caractère décent ou disgracieux de l'action qui en résulte⁴⁹⁶.

⁴⁹⁴ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 142.

⁴⁹⁵ Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (Paris : PUF, 2011), p. 88.

⁴⁹⁶ *Ibid.*, p. 40.

V.3 Le détachement tend vers la médiété et est source d'équilibre

V.3.1 Le détachement est la moyenne entre compassion et indifférence

Comment trouver le juste milieu entre donner ce qui est de l'ordre du contrat et donner un peu plus par empathie, pitié ou humanité tout simplement ? Premier constat : on ne peut pas donner quelque chose qu'on n'a pas : le donateur doit savoir dépenser en fonction de ce qu'il a et donner ce qu'il doit. « Le don honnête s'accompagne d'un profit honnête⁴⁹⁷ ». La différence entre générosité et charité est comparable à donner et recevoir. La dépendance est source de rancœur pour celui qui l'éprouve. Bénéficiaire d'un don est normal quand on est souffrant et même souhaitable, celui qui donne serait déçu que son don ne soit pas accueilli. Mais, quand des soignants n'en peuvent plus au point de ne plus supporter la maladie et la souffrance, ils doivent pouvoir trouver un endroit et un temps pour se poser les bonnes questions :

Le soin est une fonction de partage, relevant de l'alliance dialectique, créative, des soignants et des soignés, notamment tissée grâce à la spécificité des sujets qu'ils sont⁴⁹⁸.

Chacun échafaude, alors, une stratégie construite sur les principes de Beauchamp et Childress, mise en action par la recherche d'un caractère détaché. Ainsi, ce soin devient un partage, une création et relié par toute l'organisation hospitalière. Le but est d'effectuer ce soin en donnant tout au patient mais juste ce dont il a besoin à ce moment-là ; c'est-à-dire qu'il n'y a pas de frein à exprimer sa compassion dès lors que l'agent est détaché, car

⁴⁹⁷ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. IV [1120 b 26-1121 a 8].

⁴⁹⁸ Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, (Paris : Gallimard, 2019), p. 20.

ce sera toujours la bonne mesure. Interrogeons quelques philosophes pour les situer dans cette recherche de la moyenne :

Je mets le détachement au-dessus de l'amour ⁴⁹⁹ .

Maître Eckhart classe le détachement au-dessus de tout quand Aristote parle de l'intensité des vertus et insiste sur ce qu'il appelle la médiété ou l'équilibre :

D'autre part, la vertu concerne des affections et des actions où l'excès et le défaut son égarements et objets de blâmes, alors que le milieu appelle des louanges et est une réussite. Or ces deux traits sont typiques de la vertu. Donc la vertu est une sorte de moyenne, puisqu'elle fait à tout le moins viser le milieu⁵⁰⁰ .

Les philosophes utilitaristes pèsent les plaisirs et les peines pour évaluer les conséquences d'une action. Hare propose une morale qui estime les valeurs et les façons de penser de l'autre pour les mesurer à partir de soi.

We have to treat everybody as one, including ourselves : to do unto others as we wish they should do to us [...], and love our neighbors as (not more than) ourselves⁵⁰¹ .

Hume parle de la juste mesure entre orgueil et humilité, qu'il nomme la fierté, et de l'estime de soi comme juste milieu entre amour et aversion, et il conclut : « Il n'est rien de plus louable que d'avoir de l'estime pour nous-mêmes »⁵⁰². Le point commun de ces

⁴⁹⁹ Johannes Eckhart, *L'amour est fort comme la mort : et autres textes*, (Paris : Gallimard, 2015), p. 12.

⁵⁰⁰ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. II [1106 b 15-33].

⁵⁰¹ Richard. M. Hare, *Moral Thinking : Its Levels, Method, and Point* (Oxford, New York : Clarendon Press ; Oxford University Press, 1981), p. 129. « Nous devons traiter chacun comme un individu, y compris nous-mêmes : traiter les autres comme nous souhaitons qu'ils nous traitent [...] et aimer notre prochain comme nous-mêmes (pas plus que nous-mêmes). », Trad. J.P. Cléro.

⁵⁰² David Hume, *Traité de la nature humaine*, (Paris : Flammarion, 1991), pp. 221-223.

différentes philosophes, qu'elles soient très anciennes ou contemporaines, est que, dès lors que nous décidons de travailler à être détachée, nous devons placer le détachement au-dessus de tout, veiller à ne tomber ni dans l'excès ni dans le défaut, peser chaque décision pour rester mesurer. Nous sommes aidée dans cette recherche par la quête de l'estime de soi.

Précisons ce que nous entendons par moyenne en relisant Aristote :

L'égal est une sorte de milieu entre l'excès et le défaut [...]. Le milieu déterminé relativement à nous, c'est ce qui n'est, pour nous, ni trop ni trop peu ; or ce milieu n'est pas une chose unique, ni la même pour tous. D'autre part, j'appelle milieu de la chose, ce qui se trouve à égale distance de chacun des deux extrêmes [...] ⁵⁰³.

Dans cette citation il y a plusieurs idées : la première positionne ce qui est égal au milieu du trop et du pas assez, ce que le philosophe nomme médiété. L'égalité est un aspect de la justice, vertu qu'Aristote place au-dessus de toutes les autres. Donc, le détachement cherche à trouver le milieu, se faisant, il provoque des actions, dont une des caractéristiques, est d'être juste. Puis Aristote parle, non plus d'égalité, mais de justice relative. En médecine le milieu varie à chaque instant et à chaque malade pour chaque soignant, donc il faut objectiver à chaque situation. La vertu du détachement permet d'accéder à cette justice par le fait qu'elle sait regarder et évaluer une situation pour décider d'une action grâce à la sagacité et à la compréhension. Une vertu, se situant au milieu, doit rester à égale distance des extrémités, c'est-à-dire que le détachement doit trouver sa place exactement entre la froideur et l'excessive compassion, à égale distance. L'agent détaché vise le milieu, trouve cet équilibre qui le protège en lui assurant la perfection : « la moyenne préserve la perfection, [...], la vertu est propre à visée le

⁵⁰³ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. II [1106 a 23-36].

milieu »⁵⁰⁴. On ne peut rien ajouter, rien retrancher : le détachement ne se mesure pas, car il est la perfection suprême, juste au milieu. « Par conséquent, la vertu est un état décisionnel qui consiste en une moyenne, fixée relativement à nous »⁵⁰⁵.

Pour viser le milieu du détachement il faut « d'abord prendre ses distances par rapport à ce qui lui est le plus contraire »⁵⁰⁶. Il faut choisir le moindre mal, regarder nos inclinations personnelles pour identifier ce qui donne du plaisir ou de la peine et enfin lutter contre le défaut le plus contraire, ainsi nous atteignons la médiété. « Pas facile, en effet, de définir comment, contre qui, pour quels motifs et combien de temps il faut être en colère ! »⁵⁰⁷. Le travail de détachement consiste à pencher tantôt vers la pitié, tantôt vers le l'objectivité pour atteindre le moyen et le bien-soigné, comme le funambule oscille de la gauche vers la droite et retrouve l'équilibre à chaque pas. Par contre, l'apprenti-infirmier ne peut pas être détaché. Il doit d'abord faire face à l'apprentissage des techniques pour développer ensuite un état de détachement. Si un enfant peut être mathématicien à douze ans : « Pourquoi donc un enfant peut-il devenir un mathématicien, mais pas un sage ou un naturaliste »⁵⁰⁸, il peut difficilement trouver, si jeune, les ressources qui feront de lui un enfant vertueux.

L'excès et le défaut de détachement ruinent la relation entre les soignants et les soignés. Mais que représentent l'excès et le défaut de détachement pour un soignant.

⁵⁰⁴ *Ibid.*, Ch. II [1106 a 36 – b 15].

⁵⁰⁵ *Ibid.*, Ch. II [1106 b 33 – 1107 a 2].

⁵⁰⁶ *Ibid.*, Ch. II [1109 a 20 - 35].

⁵⁰⁷ *Ibid.*, Ch. II [1109 a 35 – b 17].

⁵⁰⁸ *Ibid.*, Ch. VI [1142 a 16-26].

[...], mais le lâche, le téméraire et le courageux adoptent une attitude différente devant eux (les dangers). Les premiers en effet font preuve d'excès ou de défaut, alors que le dernier tient le milieu et adopte l'attitude qu'il doit⁵⁰⁹.

Un infirmier froid et indifférent, sans intérêt pour ce qu'il entreprend renie sa profession, car cela devient un renoncement à ce travail, « Les médecins et les infirmières qui n'expriment aucune émotion dans leur comportement sont incapables d'apporter ce dont les patients ont le plus besoin »⁵¹⁰ ; mais trop peu détaché revient à devenir captif de la relation de soin. Donc, renoncer ou être captif sont délétères pour les deux parties car l'efficacité est en péril et le plaisir de soigner s'amoindrit au fil du temps. À l'hôpital, nous rencontrons des soignants oscillants entre les deux pôles de l'excès et du défaut : les soignants exprimant beaucoup de compassion auprès des patients et d'autres protégés par leur écran évitant le contact avec les malades, la moyenne entre ces deux attitudes est le détachement. L'un est captif dans la relation et installe le patient dans cette relation fusionnelle, l'autre renonce à exercer son métier. L'un est prisonnier, l'autre égaré dans un milieu professionnel où il n'a pas sa place. Aristote explique qu'il y a trois dispositions, deux sont des vices par l'excès et le défaut et seule la moyenne est une vertu. Chacun s'oppose à l'autre, les extrêmes sont contraires à la moyenne et entre elles, la moyenne est contraire aux extrêmes. Le détachement est une vertu morale et une moyenne entre un excès et un défaut parce qu'il force à viser le milieu dans les affections et les actions. Donc c'est un travail d'être détaché car c'est un travail de trouver le milieu.

Le soignant détaché semblera toujours indifférent à celui qui aime les relations fusionnelles mais toujours trop proche du patient à celui qui renonce à s'approcher. Chacun essaie de pousser celui qui est au milieu vers l'autre extrémité. Mais, chacun à

⁵⁰⁹ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. III [1115 b 28 – 1116 a 12].

⁵¹⁰ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 59.

chaque extrémité est très éloigné de celui situé à l'autre extrémité. Celui qui renonce à s'approcher du patient semble plus proche du milieu que celui qui souhaite une relation fusionnelle. Ainsi l'opposition la plus nette est le défaut de détachement. L'opposé du détachement est donc la fusion car c'est le plus éloigné de la moyenne. Le soignant aurait un penchant pour la compassion, ce qui place la relation fusionnelle comme un défaut qu'il faut que le soignant combatte. C'est la disposition la plus contraire au détachement.

Donc, le détachement est un état et une moyenne et compte un excès et un défaut. Le soignant qui renonce à communiquer avec un patient, soit, a très peu confiance en lui, soit a peur de la maladie ou de la souffrance et de la mort. Dans tous les cas, il n'a pas sa place dans un service de soins. Il peut devenir dangereux par excès d'indifférence et d'implication dans le soin. Celui qui est trop fusionnel avec les patients se trompe de cible et rate son but, car il enferme le patient et s'enferme lui-même dans cette relation gommant ainsi toute possibilité d'autonomie. Il peut mettre en danger sa santé et celle de l'autre par défaut de discernement. Quid de celui qui prend facilement ses distances devant un cas difficile ? Il n'est pas forcément détaché, car cet agent aborde la difficulté peut-être en la contournant et en fait d'être détaché, il ne s'intéresse qu'à la maladie comme un scientifique devant une recherche sans se soucier de la personne porteuse de cette pathologie. On rencontre souvent des soignants ayant ce travers. Ils sont d'excellents techniciens mais ne sont pas des soignants vertueux. Aucune émotion n'entre en ligne de compte dans leur réflexion, aucune compassion ni empathie et nous savons maintenant que la vertu travaille avec nos capacités et avec nos affections. Ceux qui voient toujours le bon côté des choses ne sont pas non plus à leur place : ils emploient souvent un discours maladroit : « Ce n'est pas grave vous allez voir ça va passer, il suffit de quelques jours ». Ce discours donne l'impression que le soignant est détaché et proche des patients, mais c'est tout le contraire ; il n'y a pas d'écoute, les soucis du patient sont minimisés et non

pris au sérieux. Il y a une forme de désinvolture dans cette attitude quand ce n'est pas du paternalisme. Ceux qui ne connaissent pas grand-chose à la vie de l'hôpital peuvent également paraître détaché par ignorance ; ils ne voient pas la réalité et ne comprennent pas l'attitude des soignants. Quand ils saisissent toute la dimension du métier de soignant, certains arrêtent leurs études.

C'est donc parce que c'est beau que le soignant détaché fait face et qu'il exécute des actes détachés. Il agit avec modération et « adopte l'attitude qu'il doit »⁵¹¹.

⁵¹¹ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. III [1115 b 28 – 1116 a 12].

V.3.2 Le détachement et le beau dans la relation de soins

Elle [l'activité soignante] ne se laisse pas enfermer dans des protocoles et des routines présentées comme sécurisants dans la mesure où l'on ne sait jamais ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré⁵¹².

Michel Nadot explique que les soignants sont confrontés à l'imprévu tant dans le domaine du dialogue, que dans la force des émotions qui s'expriment, que dans la gestion du temps : tout peut arriver, à tout moment, de nuit comme de jour. Les protocoles et les habitudes sécurisent le soignant et le patient, ils sont là pour ça, mais ce n'est qu'une toute petite partie de leur activité, la partie émergée de l'iceberg. On dit souvent que la médecine est un art mais rarement que le soignant est un artiste. Et pourtant, comme un artiste, il a la connaissance du soin mais doit savoir improviser lors d'un changement brutal de contexte. Par exemple, un patient rentre pour être opéré et au moment d'aller au bloc opératoire, refuse l'intervention. Le professionnel de santé doit trouver en lui les ressources pour convaincre et faire céder la panique, dans un temps très court. Le détachement donne au soignant les outils pour trouver les arguments, car il ne doit pas paniquer avec le patient, et doit rester concentré sur l'essentiel, le bien-être du patient : « Le principe de bienfaisance établit une obligation à aider les autres pour servir leurs intérêts essentiels et légitimes »⁵¹³. Peut-être le patient n'est-il pas prêt ce jour-là à être opéré et il est souhaitable de reculer l'intervention, ou à l'inverse la santé de cet individu dépend tout à fait de cet acte chirurgical. Ce sera tout un art pour trouver la bonne décision

⁵¹² Michel Nadot, « Au commencement était le “prendre soin”. », *Savoirs et soins infirmiers*, EMC, 2009, 4, p. 39.

⁵¹³ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 240.

et l'appliquer. Pendant ce temps, quelques vingt patients attendent de recevoir sa visite. Qu'importe, à ce moment-là il faut *perdre* du temps avec ce sujet. Le détachement autorise le ralentissement, c'est-à-dire que le soignant prend le temps de balayer toute la scène pour jauger ce qui se joue et ce qu'il faut décider. Il est important de partager ce moment avec celui qui souffre, car c'est une co-réalisation. Quand nous décidons d'une action, nous nous positionnons à distance de la situation pour analyser tous les aspects et, pour reprendre la comparaison avec le théâtre, mettre en lumière ce qui est nécessaire à cet instant précis. Par conséquent, en éclairant le plus possible la scène, nous laissons moins de champ au hasard et sommes plus aptes à l'accueillir. Le soignant détaché cherche à éclairer le temps et le lieu du malade et à atteindre ainsi une concordance des temps, c'est-à-dire faire coïncider, enfin, le temps du patient et celui du soignant : chacun trouve son *arrêt sur image* pour s'ouvrir à l'autre. La qualité de ce temps est évaluée à l'aune de la capacité à ralentir le pas, suspendre son action, s'arrêter pour écouter et observer.

L'évaluation de l'activité soignante [qui] ne peut pas prendre en compte l'action réelle et celle perçue. Les soins sont un ensemble de technique de savoir-faire (prendre soin) et de savoir-être⁵¹⁴.

Nous pouvons évaluer le temps passé à soigner, mais alors il faut calculer le temps *perdu*. Le détachement apprend l'art de ralentir par le recul qu'il provoque. « Bienveillance, et respect pour atteindre une conscience mutuelle dans l'action »⁵¹⁵.

Ainsi, de la visée éthique du bon, en passant par le crible des normes déontologiques du juste, nous arrivons à la sagesse pratique qui doit nous guider vers le préférable. Il s'agit bien d'éviter deux écueils : le premier serait

⁵¹⁴ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 123.

⁵¹⁵ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 438.

un respect aveugle à la norme au risque de l'inaction ; le second serait d'ouvrir les portes à l'arbitraire au risque de l'injustice⁵¹⁶.

Svandra écrit sur une direction de la sagesse pratique vers le préférable : c'est-à-dire que pour atteindre cet objectif il décrit deux tendances qui peuvent faire basculer vers des excès : soit un respect aveugle de la norme ou de la loi ou des bonnes pratiques⁵¹⁷, soit l'arbitraire responsable d'injustice, car ne s'appuyant sur aucune thèse raisonnable, seulement sur de l'intuition. La sagesse pratique, comme le détachement, se situe au milieu de ces deux tendances, car l'objectif de cette pratique est de repérer l'attitude qui est préférable à toutes les autres à ce moment-là et avec ce patient-là. Par exemple, les soignants ont ouvert en grand les portes coupe-feu pour les patients âgés et déshydratés au cours de l'été 2003 pour faire des courants d'air ; ils ont su *désobéir* à bon escient et regarder la situation sous un autre angle pour trouver des solutions immédiates. Il y a quelque chose de l'ordre de la créativité à réaliser de telles actions.

Cette pensée n'arrive pas toute seule, elle est le hiatus qui permet à l'homme de suspendre une action, d'interrompre un processus, d'établir une rupture dans ce réseau tissé de désirs et de besoins, de nécessité et de soumission, qui est le flux continu de la vie⁵¹⁸.

Le détachement, étant une vertu morale au même titre que le courage ou la loyauté, allie une belle fin et un vif intérêt pour le patient. C'est en ça que l'on peut parler de belles actions.

⁵¹⁶ Philippe Svandra, « Repenser l'éthique avec Paul Ricœur », *Recherche en soins infirmiers*, Vol. 124, N°1, 2016, p. 19.

⁵¹⁷ Jean-Jacques Rousseau, *Émile, ou, De l'éducation*, (Paris : Flammarion 2009), Livre IV, p. 333 : « Longtemps frappé des mêmes spectacles on n'en sent plus les impressions ; l'habitude accoutume à tout. C'est ainsi qu'à force de voir mourir et souffrir, les prêtres et les médecins deviennent impitoyables ».

⁵¹⁸ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 123.

La vertu de détachement exige un respect et un intérêt réel pour celui à qui il s'adresse : le bien comme une fin : valeur instrumentale et intrinsèque pour les êtres humains⁵¹⁹.

Nous comprenons alors que seule l'expérience peut affiner de jour en jour le jugement porté pour agir avec détachement. « La sagacité, [...] porte à l'action quand sont en jeu les biens humains »⁵²⁰. Le détachement devient une façon d'être dans la relation soignant-soigné et être détaché demande du temps, toute la vie. De plus, il faut avoir acquis des connaissances médicales ou paramédicales pour exercer le détachement. Un homme courageux doit connaître l'art de la guerre pour exercer son courage. Maître Eckhart écrit sur le détachement :

J'ai recherché de tout mon sérieux et toute mon application quelle est la plus belle et la plus haute des vertus : (...), je n'en trouve pas d'autre que le pur détachement de toute chose créée⁵²¹.

Dans sa quête de la vie bonne, Maître Eckhart a rencontré le détachement qu'il qualifie de pur parce que, comme la parabole du chameau à Jérusalem, c'est sans aucune attache que nous atteignons l'ataraxie, une paix intérieure durable. Dans notre réflexion, nous ne proposons pas un tel aspect du détachement parce que nous ne souhaitons pas positionner le détachement comme une valeur absolue. Nous ne défendons pas une éthique de la conviction, mais une éthique des vertus pour que le soignant, tout en restant connecté à l'environnement hospitalier, apprenne à se détacher pour travailler avec la même énergie tous les jours et le même plaisir⁵²². « Il semble même que le plus important pour

⁵¹⁹ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 434.

⁵²⁰ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. VI [1140 b 14-22].

⁵²¹ Johannes Eckhart, *L'amour est fort comme la mort : et autres textes*, (Paris Publication : Gallimard, 2015), p. 11.

⁵²² Gilbert Hottois, « Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction », Publication *Laval théologique*

l'acquisition de la vertu du caractère soit d'éprouver de la joie pour ce qu'on doit aimer »⁵²³. Nous aidons le patient à se rétablir avec notre aide au début, puis de plus en plus par lui-même. Les malades difficiles sont soignés avec la même qualité de prise en charge, car nous ne sommes pas dans *je t'aime moi non plus* mais, *tu souffres, je te soigne, je t'aide à retrouver la voie et je te laisse repartir*.

« Mais c'est en référence avec ce qui est beau et utile qu'il cherchera à ne pas faire de peine, ou faire plaisir autour de lui »⁵²⁴. En aidant le patient à être détaché nous lui ouvrons une porte vers sa liberté de citoyen et l'aidons à désirer retrouver sa vie à l'extérieur de l'hôpital.

et philosophique, N° 2, 1996, p. 492 : « À vrai dire, s'il existe un problème dont l'éthique absolue ne s'occupe, c'est bien celui qui concerne les conséquences, écrit Max Weber (dans *le savant et le politique* p.171), qui utilise aussi l'expression « éthique absolue », pour indiquer que l'éthique de la conviction ne considère que le respect total d'une valeur suprême, marginalisant tout le reste, de la situation concrète aux autres valeurs éventuellement menacées. »

⁵²³ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. X [1172 a 26-b 1].

⁵²⁴ *Ibid.*, Ch. IV [1126 b 16-30].

V.3.3 Le détachement et le plaisir de soigner

Tous les êtres, bêtes ou hommes, recherchent le plaisir⁵²⁵.

Beaucoup d'acteurs expliquent que certains rôles les ont abîmés. Sans doute certains personnages résonnaient-ils trop près de leur essence-même et la distance ne s'est-elle pas faite. Certains soignants renoncent à s'occuper de malades par peur de faire un transfert et de perdre pied par rapport à la réalité. Ils veulent se préserver et préserver le patient. Il faut aller au-delà de la simple morale commune pour trouver le plaisir de soigner. Un soignant conscient de ses faiblesses et capable de connaître ses limites, prend des décisions qui le protègent parce que : « [...] ce n'est pas par contrainte qu'on doit être courageux, mais parce que c'est beau »⁵²⁶ ou ce n'est pas par contrainte qu'on doit être détaché mais parce que c'est beau. Deux exemples illustrent ce propos : le premier relate le comportement d'une infirmière, l'autre celle d'un kinésithérapeute. L'infirmière travaille dans un service de chirurgie. Elle pratique des soins de qualité auprès des patients mais en plus, elle sait les encourager grâce à des gestes et des paroles appropriés à chaque patient. Le kinésithérapeute vient à domicile pratiquer la rééducation de personnes dépendantes. Ce professionnel de santé réalise une course, comme d'échanger des prothèses auditives, pour un de ces patients qui ne conduit plus. Dans ces deux cas, nous sentons que ces soignants, en allant au-delà du simple soin, ce pour quoi ils sont rémunérés, dépassent l'obligation de la morale commune mais obéissent peu ou prou à la morale professionnelle. Ce qu'ils ont en commun est l'idée qu'ils doivent le faire et qu'ils en tirent de la satisfaction. Un encouragement peut entraîner chez un patient un désir de recommencer à lire pour continuer d'aller mieux. Et le patient, à son tour, ressent une

⁵²⁵ *Ibid.*, Ch. VII [1153 b 19-32].

⁵²⁶ *Ibid.*, Ch. III [1116 a 28- b 8].

sorte de plaisir transmis par le soignant par un effet miroir. Donc, nous voyons que si le soignant cultive la vertu du détachement et éprouve du plaisir à soigner, le malade en bénéficie. Alors, l'acte de soigner devient utile et beau. Ces deux exemples montrent comment des soignants libres et détachés peuvent transformer leur quotidien. Ils trouvent le moyen d'aller au-delà du simple soin sans s'y noyer. Ces actions sont appelées par Beauchamp et Childress des actes surérogatoires, c'est-à-dire faire plus que ce qui est demandé ; « ces actes sont facultatifs [...], ils dépassent ce que la morale commune exige [...], ils sont intentionnellement effectués pour le bien-être d'autrui [...] et enfin ces actes sont moralement bons »⁵²⁷. En nous appuyant sur ces remarques nous ouvrons la réflexion sur le caractère vertueux du détachement.

L'essentiel pour le soignant devrait toujours être le plaisir de soigner, d'écouter, et de vérifier chaque jour l'état de santé des patients. Alors, pour conserver intact ce plaisir, quand il faut apaiser et consoler tous les jours des personnes en détresse, certaines vertus sont nécessaires et le détachement trouve sa place dans ce classement. « L'amour aide les parents à savoir ce qui est bon pour leur enfant. Cette affection est liée au plaisir de la relation »⁵²⁸. Le détachement aide les soignants à repérer ce qui est bon pour le soigné et occasionne du plaisir dans la relation, alors on ne parlerait plus de devoir mais du plaisir de soigner.

Nous devons, nous soignants, trouver le temps de réfléchir. Si la mise en place des trente-cinq heures en 2002 a posé de graves problèmes d'effectifs, elle a eu un avantage, celui de forcer le personnel hospitalier à revoir ses pratiques. Aristote écrit que la vertu morale

⁵²⁷ Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 70.

⁵²⁸ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 448.

« est le fruit de l'habitude »⁵²⁹. Tout le long d'une formation, nous mémorisons la théorie puis la pratique pour être capable de reproduire et de faire nôtre ces connaissances. « C'est en bâtissant que l'on devient bâtisseur et en jouant de la cithare qu'on devient cithariste »⁵³⁰.

Formation et habitude (famille, école) font acquérir prudence et intelligence sous regard de la loi. Elle a les mêmes valeurs, les mêmes fins, elle met un système en commun ; ce sont les valeurs humaines de la politique pour avoir des rapports les uns avec les autres⁵³¹.

Quel plaisir, alors, de parvenir à exécuter un geste, une pratique et une action tout seul et avec succès. Il en va de même avec le détachement. Il n'y a pas de charité dans cette démarche, plutôt même de l'égoïsme puisque le but est de mener une vie bonne qui mène au bonheur ou *eudaimonia*. Nous effectuons cette longue entreprise pour nous faire du bien à nous d'abord ; ainsi nous sommes en capacité d'en faire aux autres.

Quand nous expliquons que nous ne pouvons pas soigner des malades souffrants et être nous-mêmes, les soignants, en souffrance, nous devons chercher et trouver un moyen de (re)trouver du plaisir à exercer notre profession. La vertu met en jeu plaisir et chagrin mais le plaisir n'est pas une vertu ; il est défini comme : « un mouvement, un sentiment plaisant, agréable, excité dans l'âme par une impression physique ou morale⁵³² ». Le dictionnaire de vocabulaire philosophique propose :

Approbation que la conscience réfléchie accorde à une certaine conduite, et qui détermine la volonté d'agir dans ce sens, fût-ce à grand peine. On en conclut alors que l'homme qui se domine lui-même le fait en définitive parce

⁵²⁹ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. II [1103 a 8-19].

⁵³⁰ *Ibid.*, Ch. II [1103a 19-34].

⁵³¹ Martha Craven Nussbaum, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, (Paris : Éditions de l'éclat, 2016), p. 427.

⁵³² Beaujean, *Dictionnaire de la langue Française*, 1990.

que, tout compte fait, il a plus de « plaisir » à agir ainsi que de la manière opposée, et par suite, que son mécanisme mental est le même que celui qui se laisse aller à ses penchants⁵³³.

Ces deux définitions montrent que le plaisir est un sentiment, un état agréable, qu'il accorde à la volonté la possibilité d'agir. Ce qui est plus intéressant, et cela rejoint le principe de la philosophie utilitariste, est l'idée que l'homme est capable de décider d'une action pénible en vue d'un plaisir à venir, ce que vivent les patients au quotidien ; ils souffrent à cet instant en espérant aller mieux plus tard. Ainsi, nous pouvons écrire que le plaisir réunit un faisceau de concepts qui coïncide avec le désir d'action. Quand nous tentons d'apporter du réconfort, de traiter une très grave pathologie, de se mettre à la disposition d'un malade à domicile, nous avons besoin de sentir que l'individu à soigner a confiance en nous, qu'il sent que son sentiment d'injustice est pris en compte, que son autonomie est respectée ; il ressent de la bienveillance et la confiance qu'il s'autorise lui permet de savoir qu'il ne craint nulle malversation. Alors, chacun ressent le désir de soigner et de se laisser soigner. Et s'il y a désir, le plaisir n'est jamais très loin ; au-delà du désir d'agir il y a le plaisir de l'action réussie.

Ce sont probablement les activités qui permettent de le (le plaisir) voir, puisque les plaisirs en sont la conséquence⁵³⁴.

Un soignant détaché travaille tous les jours avec du plaisir, ce qui ne l'empêche pas de ressentir de la fatigue ou de la colère et du chagrin, mais cela n'apparaît pas et il aura le temps une fois habillé en individu civil, d'exprimer ces passions pour lui tout seul. De même, la vertu du détachement s'accorde tout à fait avec l'éthique utilitariste par le fait

⁵³³ André Lalande et René Poirier, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 3e édition, Quadrige Dicos Poche (Paris : PUF, 2010).

⁵³⁴ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. X [1176 a 13-29].

que l'agent détaché trouvera la meilleure solution belle et utile pour le plus grand nombre de patients, dont la recherche de plaisir.

Il y a trois choses, en effet, qui entrent en ligne de compte dans nos choix et trois aussi dans nos refus : le beau, l'utile et l'agréable, dont le contraire sont le laid, le nuisible et le désagréable⁵³⁵.

Nous observons que les Stoïciens, et en particulier Épictète, dans le *Manuel*, précisent que si nous tombons malade, rien ne sert de gémir, il faut accepter la maladie, le pronostic, le traitement et les conséquences. Évidemment, il est plus facile de l'écrire que de le vivre mais l'idée de détachement est là au creux de cette situation. *A contrario*, celui qui se laisse soigner sans rien dire, sans se révolter et sans participer, se désintéresse de lui-même et de ce qui lui arrive. Le malade confie sa maladie aux équipes soignantes présentes et compétentes, et utilise le reste de ses facultés pour continuer d'avancer, ce malade est détaché de ce qui ne dépend pas de lui et n'est pas résigné. Il sait rester attaché aux domaines qui dépendent de lui comme sa pensée. : « [...] Agir par conséquent de manière tempérante, c'est aussi avoir progressivement éduqué son désir de façon à éprouver du plaisir à agir de manière tempérante »⁵³⁶. Nous retrouvons auprès du malade, à un degré moindre, le détachement encadré de l'excès et du défaut. Benaroyo décrit la recherche du bien-être du patient : « Aider une personne malade à accéder à un nouvel état d'équilibre où elle devrait pouvoir retrouver toutes ses potentialités (ses possibles)⁵³⁷ ». La réalisation d'une action mue par une vertu telle le détachement, est la réalisation d'une œuvre, et au plaisir de la création va se joindre le bonheur de l'esthétique :

⁵³⁵ *Ibid.*, Ch. II [1104 b 24 – 1105 a 7].

⁵³⁶ Annie Hourcade, « Vertus du patient et éthique des vertus », *Ethics, Medicine and Public Health* 6 (juillet 2018) : 1-11, <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2018.06.001>.

⁵³⁷ Lazare Benaroyo, *La philosophie du soin*, (Paris : PUF, 2010), p. 27.

L'éthique du travail bien fait est proche d'une certaine esthétique. Cette esthétique veut que le champ opératoire soit propre, le scanner post-op (post-opératoire) normal, et la cicatrice quasi invisible. Elle est recherche d'une perfection, perfection du geste et de l'acte, perfection du résultat⁵³⁸.

Le plaisir trouvé par le biais du détachement a été le but poursuivi dans ce travail. Hannah Arendt parle de *pensée* et écrit à propos du procès Eichmann : « Il avait simplement agi sans penser. Il faisait son travail le mieux possible, il obéissait aux ordres »⁵³⁹. La pensée doit être à l'œuvre au quotidien pour que jamais aucune routine imbécile ne s'installe. Si nous pratiquons les soins ainsi, nous remplissons notre devoir, mais nous n'entendons ni ne voyons rien : nos cinq sens sont inopératoires. Elle explique : « La pensée permet ce temps d'arrêt dans l'enchaînement des événements, peut le réveiller et briser le moment de l'indifférence ou de l'inhumanité toujours possible⁵⁴⁰ ». Cette pensée suspendue est obtenue par le détachement, car il offre un instant de recul comme un peintre recule pour évaluer l'esthétique de son tableau.

Pour clore cette réflexion sur la valeur éthique du détachement, nous proposons une longue conclusion qui reprend les thèmes abordés, mais, surtout offre quelques solutions adressées aux soignants(tes) pour trouver ou retrouver du plaisir à exercer le métier de soignant, même dans des périodes mouvementées.

⁵³⁸ Anne-Laure Boch, « Médecine technique, médecine tragique : le tragique, sens et destin de la médecine moderne », Thèse Philosophie, (Université Marne La Vallée, 2006), p. 141.

⁵³⁹ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 123.

⁵⁴⁰ Hannah Arendt, *Journal de pensée*, trad Sylvie Courtine-Denamy, (Paris : Seuil, 2005), p. 123.

CONCLUSION

Nos passions sont [...] le fruit d'illusions, [...] nous nous refusons à voir la réalité telle qu'elle est ; mais j'entrevois que je peux changer ça, prendre conscience des préjugés, des conventions, des habitudes, des mirages dont je suis la victime. C'est dans ce pouvoir de changer mes jugements sur les choses que réside ma liberté⁵⁴¹.

Cette citation d'Épictète s'inscrit tout à fait dans la démarche entreprise au long de cette réflexion. Nous n'avons pas cessé de vouloir bousculer les préjugés sur la relation de soin, les conventions qui agissent comme des carcans dans nos décisions de soignants, les habitudes ancrées depuis des dizaines d'années que nous avons du mal à remettre en question, enfin les mirages dont sont victimes les patients dans la représentation qu'ils ont de la maladie et du monde hospitalier ; les soignants se représentent aussi ce qui devraient être à leurs yeux leur place auprès des patients, dans l'institution et dans la société. Et Épictète de conclure que le pouvoir de changer nos jugements réside dans la vertu du détachement. Le propos d'Épictète s'applique sans aucun doute à la relation soignant-soigné. Faisons le bilan de cette recherche pour en tirer une synthèse.

En utilisant l'exemple du théâtre nous avons fait pénétrer le lecteur dans l'univers du soin afin qu'il saisisse la complexité de cette relation. Nous avons constaté que cette analogie entre théâtre et hôpital fonctionnait très bien, ce qui nous a permis de faire un parallèle entre un acteur et un soignant, ou plus exactement entre le travail de l'acteur et celui du soignant. Cette découverte nous a confirmé dans l'idée de la nécessité de *travailler son personnage avant de monter sur scène*. Mais de quel travail parlons-nous ? Diderot parle du travail de l'acteur qui consiste à se désolidariser de l'individu civil qu'il est au

⁵⁴¹ Épictète, *Manuel*, (Paris : Librairie Générale Française, 2010), Conclusion, p. 159.

quotidien pour entrer dans la peau de son personnage. Il y a deux raisons à adopter cette attitude : d'une part, pour cet auteur l'acteur ne peut pas épouser un rôle en restant lui-même sinon à s'y épuiser, il doit adopter toutes les caractéristiques de ce rôle pour le jouer de manière égale jour après jour ; d'autre part en se conduisant ainsi il n'abîme pas l'homme qu'il est dans sa vie civile. Son travail consiste à mémoriser le texte tout en apprenant à imiter toutes les habitudes de celui qu'il représente sur la scène. Donc, il se détache de lui-même pour endosser, le temps d'un spectacle, l'apparence du personnage à représenter. Pour parvenir à cette performance, il répète de nombreuses fois les attitudes, les gestes, les intonations de la voix : le spectateur doit voir le personnage qu'il regarde et non l'acteur lui-même. Celui-ci parvient à cette forme de détachement en répétant régulièrement tout au long de sa vie, car l'expérience participe à la création du rôle et l'acteur adopte le trait de caractère lui permettant de passer de son travail d'acteur à sa vie privée sans plus y réfléchir. En effet, il a acquis alors un automatisme qui se met en route dès l'instant où il travaille sur un nouveau rôle : chaque rôle demande un nouvel investissement. Ce qui saute aux yeux quand on compare le travail de l'acteur et celui des soignants, est la répétition incessante des gestes techniques jusqu'à les maîtriser parfaitement, l'habitude de recommencer sa mission tous les jours avec l'opportunité de découvrir que chaque représentation, donc chaque public, est différente chaque soir, chaque patient est unique et donc chaque relation l'est également. L'habitude aide à travailler avec compétence et libère l'esprit pour développer une relation ciblée sur chaque public ou chaque patient.

Pour bien cerner le terme de détachement nous avons approfondi son champ lexical pour lever toute ambiguïté, car ce mot même de détachement porte en lui un aspect péjoratif que nous avons voulu volontairement écarter. Ainsi, nous avons éliminé les sens qui associent le détachement à toute froideur pour ne garder que le sens du détachement qui

nourrit et valorise une relation. Quand nous assistons à un spectacle nous ne qualifions pas les acteurs de indifférents, de résignés ou de désintéressés. Donc, il fallait montrer ce sens très particulier du détachement qui relève à la fois de la distance prise avec le malade et de l'intérêt pour l'action qui ne reflète en rien pour nous le détachement comme la froideur, le renoncement, l'indifférence et le désintéret. Le soignant pourrait alors revêtir son *costume de soignant*, protéger la personne civile qu'il est en dehors de l'hôpital tout en adoptant l'attitude souhaitée par sa fonction. La mise en œuvre d'une relation sur le mode du détachement implique un changement absolu de perspective au point de changer la formulation grammaticale habituellement employée au quotidien de l'acte de soin : par exemple il ne s'agira plus de dire : *je vais vous soigner* ; mais plutôt *voilà votre traitement pour vous soigner*.

En étudiant le mécanisme des passions, nous avons souhaité vérifier si le détachement pouvait avoir sa place dans cette recherche de contrôle des émotions : l'acteur ne met en scène que celles qui caractérisent complètement le personnage interprété, le soignant ne devrait avoir à dévoiler que celles qui lui donnent l'énergie pour avancer et celles qui aident le patient. Nous avons regardé de près la place accordée aux passions pour repérer un espace pour le détachement. Nous avons constaté que les émotions apparaissent toujours de la même façon quel que soit l'individu. Mais, nous avons surtout découvert que les passions sont essentielles dans la vie des individus et il fallait à tout prix articuler le détachement avec elles. Un agent sans passion n'a aucunement besoin de se détacher puisqu'il n'a pas d'attache. Toute relation implique l'intervention de passions qui se manifestent avec plus ou moins d'intensité. Elles donnent toute sa saveur à cette relation, mais trop de passions risquent d'enfermer l'individu et de lui faire perdre la raison. Alors il fallait trouver le moyen pour utiliser les passions à bon escient tout en les maîtrisant. Les passions jouent un rôle dans le caractère de chacun et lui donnent l'énergie de désirer

accomplir des actions. C'est à cet endroit exactement que le détachement rentre en scène. Nous pouvions commencer à réfléchir sur le début de solution à apporter aux soignants pour apprendre à contrôler le trop plein de passions ou le pas assez.

Pour rester dans le cadre de l'éthique, il fallait que le détachement soit classé dans la catégorie des principes éthiques. Les principes universels étudiés par Beauchamp et Childress sont tous à l'origine d'une action pour le malade : soit pour respecter la justice sociale, ou la bienfaisance ou l'autonomie du patient ou éviter à tout prix de nuire au patient. Le détachement devait répondre à cette définition pour devenir un principe. Est-il à l'origine d'une action ? Nous pensons que oui car un individu ne prendra pas la même décision selon qu'il est détaché ou pas. Alors, nous avons pu déclarer que le détachement peut être classé dans la catégorie des principes. Mais ce n'était pas suffisant parce que nous voulions vraiment que les soignants changent profondément leur approche. Nous voulions que le principe de détachement aille au-delà et nous avons rêvé à un positionnement pouvant s'apparenter à une vertu. Beauchamp et Childress traitent souvent leurs principes comme des vertus. « [...] nous traiterons d'autres vertus clés – comme le respect, la non-malfaisance, la bienfaisance, la justice, la vérité et la fidélité – au cours de l'analyse des principes et des règles correspondants »⁵⁴².

Alors, nous avons démontré comment le détachement devient une vertu, comment le soignant a nécessairement besoin d'acquérir un caractère détaché pour mener à bien sa mission. La vertu du détachement est le complément du principe de détachement, elle lui correspond d'une certaine façon. Pour appliquer le principe de détachement, en effet, il faut que l'agent lui-même ait comme trait de caractère acquis, le détachement. Beauchamp et Childress précisent cet aspect en expliquant que l'éthique des vertus ou

⁵⁴² Tom Beauchamp et James Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, (Paris : Les Belles Lettres, 2008), p. 54.

éthique du caractère est l'éthique d'un individu qui accomplit des actions, ce qui est le cas des soignants. Nous avons choisi de garder le mot de détachement pour la vertu qu'il représente et d'appeler renoncement et excès de compassion les défauts du détachement.

Parvenue au cœur de notre thèse, nous avons rêvé d'apporter un début de solution aux soignants et aux malades pour qu'ils trouvent plus d'apaisement, et ainsi qu'ils puissent mieux affronter les soucis professionnels, économiques et sociétaux de l'hôpital pour l'un et la maladie pour l'autre. Un récit extrait du livre de Philippe Lançon illustre ce à quoi nous rêvons quand nous décrivons un soignant ou un patient détaché.

Dans cette histoire, il s'agit d'amis en visite à l'hôpital : l'auteur décrit son lent retour à la vie parmi les hommes après l'attentat de Charlie Hebdo, dont il a été un des rares survivants, et il explique comment ces deux individus ont su sans le savoir, lui rendre une part de sa dignité : « La révolte est dans l'homme, dans le refus d'être traité en chose : elle exprime la dignité humaine⁵⁴³ ». Ces deux personnes sont François Hollande et Laurent Joffrin, mais nous ne pensons pas que leur notoriété ait une quelconque importance pour notre réflexion. L'auteur parle, pour décrire le comportement de ses deux visiteurs, d'émotions contenues, de bienveillance, de distance *curieuse et courtoise*, de sensibilité et surtout de besoin de légèreté et des bienfaits de l'indifférence. Chaque mot de cette citation amène un éclairage nouveau sur la relation de soins :

L'émotion contenue de l'un et la lueur bienveillante et primesautière de l'autre, m'ont affermi, rassuré et comme retrempé dans ce que je pouvais attendre de la civilisation : une distance curieuse et courtoise, sensible à l'autre sans excès

⁵⁴³ Albert Camus, *L'Homme révolté*, (Paris : Gallimard, 2013), p. 299. : « qu'au lieu de tuer et de mourir pour produire l'être que nous ne sommes pas, nous avons à vivre et faire vivre pour créer ce que nous sommes. »

d'émotivité, une compassion qui ne renonce ni aux besoins de la légèreté, ni aux bienfaits de l'indifférence⁵⁴⁴.

Tout d'abord Philippe Lançon évoque le fait d'être *retrempé* dans la civilisation car il a, à nouveau, été vu comme un homme de la société civile blessé. Le mot *retrempé* n'est pas pris au hasard, il fait référence à un baptême, une nouvelle entrée dans le monde des vivants⁵⁴⁵.

Une émotion, comme un pétilllement, contenue dans une lueur qu'il nomme *primesautière* ou spontanée lui a donné envie de revenir parmi les vivants. Il est touché par les émotions contenues et bienveillantes. Et surtout il note une distance *curieuse et courtoise*. Ce patient si lourdement blessé a besoin d'une distance tant temporelle que spatiale. Cet espace lui donne le temps d'une respiration (il respirait très mal) et ces deux adjectifs illustrent bien les effets souhaités du détachement, curiosité et courtoisie. L'adjectif *curieux* se définit par l'idée d'avoir cure de, soin de, souci de⁵⁴⁶. L'adjectif *courtois* évoque la grâce dans les discours et ses manières⁵⁴⁷, quand la courtoisie se définit comme une civilité relevée d'élégance ou de générosité⁵⁴⁸. Cela signifie que ces deux individus, par l'intérêt qu'ils portent à ce malade, ont su le reconnaître comme l'homme qu'il n'a jamais cessé d'être. Nous voyons alors que la vertu du détachement s'adapte bien à la relation de soin et à la mission des soignants. Concrètement, le personnel soignant détaché décidera d'actions révélant son caractère détaché, car quand un agent a acquis ce trait de caractère, il ne peut plus faire autrement, comme l'homme courageux ne peut plus prendre

⁵⁴⁴ Philippe Lançon, *Le lambeau*, (Paris : Gallimard, 2018), p. 381.

⁵⁴⁵ Ostervald, *La Sainte Bible ou l'ancien et le nouveau testament* (Paris, 1904), Matthieu III, verset 16 : « et quand Jésus eut été baptisé, il sortit aussitôt de l'eau. ».

⁵⁴⁶ Beaujean, *Dictionnaire de la langue Française*, 1990.

⁵⁴⁷ *Ibid.*

⁵⁴⁸ *Ibid.*

de décisions autres que courageuses, et dans le même temps, ce soignant a acquis une capacité à être détaché. Donc, il est capable d'affronter une situation qui nécessite d'être détaché et d'appliquer le principe de détachement grâce à la vertu du détachement.

Mais, si nous rêvons d'apporter la conclusion de notre travail aux soignants pour améliorer la relation de soins et le confort de leurs conditions de travail, nous devons rester lucide et regarder la situation actuelle des hôpitaux et celle des patients. Car le monde des soignants ne va pas bien, les suicides y sont fréquents, les mouvements sociaux courants et la tension dans les institutions est palpable. Nous ne souhaitons pas que ces professionnels de santé cessent de montrer leur colère : « La révolte empêche un homme de sombrer dans le désespoir⁵⁴⁹ », car pour Camus un individu en colère est vivant. Nous ne discuterons pas non plus du bien-fondé de leurs revendications, chaque soignant peut engager une démarche politique, mais lorsque qu'il soigne, lorsque qu'il est en poste auprès des patients, il a le devoir de laisser ses soucis dehors même ceux qui intéressent directement la qualité de prise en charge des malades et la qualité de leur vie professionnelle.

L'autre pôle de la relation sont des hommes et des femmes malades, éprouvés par tellement d'émotions négatives à l'annonce de la maladie, des mauvais résultats d'analyses, tellement douloureux dans leur chair, qu'ils sont obligés de se barricader pour faire barrage aux émotions et aux passions sauf à se laisser submerger. « La plongée dans la douleur n'est pas sans risque, le sujet peut s'y perdre⁵⁵⁰ ». Les patients sont souvent exposés pour être examinés, soignés, lavés, habillés. « La maladie me dépossède d'un certain secret du corps. Ses rythmes, ses irrégularités, ses insuffisances, ses particularités

⁵⁴⁹ Albert Camus, *L'Homme révolté*, (Paris : Gallimard, 2013), p. 299.

⁵⁵⁰ Claire Marin, *Violences de la maladie, violence de la vie*, (Paris : Colin, 2015), p. 162.

sont consignées, exhibés »⁵⁵¹. La fermeture d'un être sur le monde extérieur est salvatrice, elle le protège temporairement.

Je ne souffrais pas : j'étais la souffrance. Vivre à l'intérieur de la souffrance, entièrement, ne plus être déterminée que par elle, ce n'est pas souffrir ; c'est autre chose, une modification complète de l'être⁵⁵².

Cette situation ne peut perdurer sans que le sujet ne sombre dans la folie, car l'absence d'espoir et le trop de douleur peuvent rendre fou. Mais « la compréhension du processus de la douleur (comme d'ailleurs celui du plaisir), ne fait pas disparaître l'impossibilité de la contrôler »⁵⁵³.

Le malade souffre, nous avons presque envie d'écrire que c'est son statut de malade, mais le soignant souffre aussi et ceci n'est pas normal. Notre inquiétude naît de voir toute cette population soignante en *souffrance* et notre réflexion tombe très à propos surtout avec la crise liée à la COVID. En résumé, nous avons sur « scène » deux agents, l'un est souvent harassé et frustré, l'autre nourrit de honte, de chagrin, de peur et de douleur. Et pourtant la rencontre de ces deux-là doit aboutir à un peu, et peut-être beaucoup, de plaisir.

Le soignant est appelé à conquérir et acquérir de nouvelles habitudes. Tous les jours il montre au patient comment recevoir tous ses soins et comment il peut s'organiser autour de cette obligation pour ne penser qu'à lui et à son bien-être. Marc Aurèle parle du fait d'habituer sa pensée. Le soigné et le soignant acquièrent ensemble de nouvelles habitudes. Ce travail mène à la mise en place d'une vertu comme le détachement. Quand le professionnel de santé est détaché, il n'expose de lui que ce qui est nécessaire au soin ;

⁵⁵¹ *Ibid.*, p. 73.

⁵⁵² Philippe Lançon, *Le lambeau*, (Paris : Gallimard, 2018), 2018, p. 129.

⁵⁵³ Claire Marin, *Violences de la maladie, violence de la vie*, (Paris : Colin, 2015), p. 33.

quand le patient est détaché, certes, il subit le soin, mais n'offrirait aux regards que sa maladie. Prenons un exemple : quand un membre de l'équipe soignante décide de faire le pansement d'un malade, il peut prendre le chariot, frapper à la porte de la chambre, entrer et exécuter l'acte. Il n'a rien fait de mal. Mais il peut aussi aller dans la chambre, rencontrer le patient pour le prévenir qu'il va passer dans quelques minutes pour refaire le pansement et demander si le moment est bien choisi. Il y a de fortes chances pour que le patient accepte, car pour lui tout a changé : on lui a demandé son avis. Quand un individu sonne à la porte de chez lui, celui-là attend que le propriétaire des lieux ouvre et l'invite à rentrer ; sa chambre est un lieu assimilable à sa maison. Il a alors le temps de fermer son livre, de retirer ce qui pourrait être une source de gêne ou de mauvaise odeur et quand le soignant arrive, il sera prêt à le recevoir ainsi que le soin. Le soignant dans le même temps a pu se préparer à rencontrer ce patient-là. C'est pour cette raison que nous parlons d'une tranquillité trouvée ou retrouvée indépendamment des difficultés contextuelles. Le patient jour après jour reçoit son traitement mais se détache petit à petit de la vie du service ; cela ne signifie pas qu'il s'en désintéresse mais plutôt qu'il connaît la place qu'il y occupe, le temps qu'il va y passer et l'objectif qu'il poursuit. Il va rentrer chez lui et retrouver la souveraineté qui lui est propre.

En soignant de manière détachée et avec détachement, le principe et la vertu se répondent et s'articulent, les soignants enseignent aux soignés à redevenir acteur de leur vie, quelles que soient les épreuves traversées, en cherchant le désir d'être autonomes et le plaisir de le rester. Le soignant ayant acquis un caractère détaché trouve l'attitude correcte pour que le malade entame ce travail de regarder au-delà de sa souffrance : « Le patient est un homme d'action, un athlète immobile⁵⁵⁴ ». L'homme apprend à se séparer de ce corps. La souffrance occasionnée par un pansement par exemple, est tolérée par le gain obtenu

⁵⁵⁴ Philippe Lançon, *Le lambeau*, (Paris : Gallimard, 2018), p. 462.

au fil des jours. C'est un plaisir comptable. Le patient compte, il a besoin de savoir *où il en est de sa maladie*, de connaître le délai de persistance de la douleur, la durée du traitement. Également, il cherche un peu de plaisir dans de toutes petites choses, comme les repas ou une émission de télévision ou la joie de pouvoir exercer son métier même dans son lit.

Le détachement est ce qu'il y a de meilleur, car il approprie l'âme, purifie la conscience, allume le cœur et éveille l'esprit, il donne de la rapidité au désir, il surpasse toutes les vertus⁵⁵⁵ [...].

Alors l'idée que le détachement délie certains liens pour en nouer d'autres nous conforte dans notre désir de changer radicalement, la relation entre soignant et soigné. Ils sont liés par des enjeux si forts qu'il faut desserrer cette étreinte. Dans un premier temps, comme dans le jeu de pousse-pouce, il faut regarder si chacun a de la place, sa place, de l'espace pour bouger, son espace, pour donner du « jeu ». Quand un patient émet le désir de bouger, le soignant doit repérer cette vibration. L'homme malade apprend à trouver refuge dans la partie vivante ou vibrante de son corps et recommence à ébaucher des rêves et des projets. Cette vibration traverse à la fois le corps et l'âme. Si l'âme a appris à être détachée, elle imprime au corps cette vertu, c'est-à-dire que le corps se détache aussi. Le patient peut alors laisser la maladie entre les mains des soignants et tenter, si la douleur ou l'angoisse ne sont pas trop vives, de garder la bonne distance entre lui et sa pathologie. Ainsi il peut travailler, communiquer, faire des projets, se distraire. Qu'est-ce que cela démontre ? Cela démontre que les malades peuvent vivre au-delà de leur expérience de patients, qu'il y a une place pour eux pour autre chose, que souvent nous, soignants, les

⁵⁵⁵ Johannes Eckhart, *L'amour est fort comme la mort : et autres textes*, (Paris : Gallimard, 2015), p. 33.

enfermons dans un tout sans réaliser toujours que cette personne vit, respire, désire et rêve sans nous. Quand on a compris cela, notre rôle est de donner de l'espoir si cela est possible et surtout d'adopter une attitude détachée qui coïncidera avec l'autonomie que l'on revendique pour les patients et que la loi impose.

Le détachement crée la trame d'un tissage subtil entre les patients et les équipes, comme entre les spectateurs et l'acteur. Il est acteur de ces liens à délier et à nouer et met en évidence la vulnérabilité de chacun en détachant chacun tout en leur offrant la possibilité de vivre autre chose. Ainsi, le détachement tend à équilibrer cette relation en la rapprochant vers plus de symétrie, car elle concerne, alors, deux individus envahis par les mêmes faiblesses ; les soignants découvrent que leur vulnérabilité et leur détachement ouvrent vers plus d'humanité. La parabole du chameau illustre bien cette idée (rappelons que le chameau doit être débarrassé de tout ce qu'il a sur le dos pour passer à travers la porte de l'Aiguille, porte située dans le mur d'enceinte de Jérusalem) : quand un soignant passe la porte d'une chambre, il doit se défaire de toutes les passions qui l'encombrent, pour ne garder que celles intéressant l'individu couché dans cette chambre. Ainsi, le soignant se présente au patient disponible et disposé à recevoir ses demandes exprimées ou pas. Il est détaché du superflu donc disponible, mais sa disponibilité le rend plus vulnérable. Toute ouverture fragilise l'individu parce que le risque de blessure est tangible. À l'hôpital, contrairement au théâtre, il n'y a pas de répétition générale, nous sommes sur scène pour une représentation unique et immédiate. Mais, s'il n'y a pas cette ouverture, la relation de soins devient inopérante.

Les soignants ne sont pas habitués à soigner des personnes détachées de la vie hospitalière. Les services ambulatoires sont *d'excellents laboratoires* pour étudier le comportement de patients détachés des soignants. Dans ces services les patients entrent le matin, et sortent le soir et gardent un œil sur l'après de cette journée qui doit rester une

parenthèse dans leur activité. « Car prendre soin de quelqu'un, c'est prendre le risque de son émancipation, et donc de la séparation d'avec soi-même⁵⁵⁶ ». Les patients ne revendiquent pas assez leur indépendance, ils obéissent aux recommandations logistiques du service, ils n'ont pas la volonté de désirer autre chose donc ils n'ont pas accès à plus de liberté. Alors, les soignants doivent se *réveiller* et *réveiller* les patients pour qu'ils apprennent à acquérir leur propre autonomie. Le soignant apprend à frapper à cette porte imaginaire qui protège chaque individu, à écouter l'instant où le malade ouvre et l'accueille pour le soin ; les rôles s'inversent, c'est lui, le soignant, qui est en attente. Le soignant est, non pas à l'écoute des besoins du patient, mais à l'écoute du moment où celui-ci ressentira le besoin d'être soigné. Il y a un instant où la confiance se pose, où la relation s'équilibre entre les deux parties et où tout est possible. Ce moment-là est comme un charme qui opère, c'est bien le malade qui est acteur et le soignant qui est un *outil utilisé* par le malade pour l'aider à guérir.

Le détachement permettrait aux patients de *reculer* pour se considérer dans toute leur « nudité », c'est-à-dire sans les vêtements de la bienséance, du courage ou de l'orgueil⁵⁵⁷. Ils trouveraient ainsi le costume qui leur sied le mieux pour le rôle qu'ils ont le courage de jouer.

En toutes circonstances, il doit montrer de la décision, de la distance et de la dignité. Il doit montrer qu'il est le roi [...] et d'abord se l'imposer à lui-même.

⁵⁵⁶ Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, (Paris : Gallimard, 2019), p. 20 : « C'est précisément l'amener vers son autonomie, lui laissant le privilège de la coupure et pour soi le sentiment d'abandon et d'ingratitude, inévitable ».

⁵⁵⁷ Pandelé, *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement*, Collaborateur, Éric Fiat, (Paris : Seli Arslan, 2010), p. 182 : « La très grande vulnérabilité présente cette faculté incroyable paradoxale de renouer avec l'essence même de notre humanité ».

Dans ma chambre, c'était pareil. Je devais être à la hauteur de ce qui avait lieu⁵⁵⁸.

Par exemple Philippe Lançon était le roi dans sa chambre et s'attela à en rester digne. Il a « choisi » son rôle pour travestir sans doute « cet excès brutal de réalité »⁵⁵⁹. Il le construit pour « jouer » un retour vers une forme de dignité humaine avant d'en être de nouveau totalement imprégné. Il a dû couper avec le réel pour créer cette « scène » et, donc, se détacher. Ainsi les patients racontent leur histoire mais se racontent des histoires pour tenir « debout », ils jouent la « comédie » et ils en sont l'acteur principal. En perdant pied avec la réalité, ils se détachent de ce qu'ils ne peuvent plus supporter ; tout l'enjeu pour les soignants va consister à les ramener doucement dans le monde des vivants.

Pour revenir à l'essentiel de l'objectif de cette recherche, il faut rappeler que nous souhaitons le retour à une forme de tranquillité pour les professionnels de santé. Vouloir travailler de manière détachée relève d'une décision individuelle. Le soignant utilise ses connaissances et ses propres jugements pour agir. « Avoir la conviction d'agir en harmonie avec ses valeurs pour pouvoir s'occuper de l'autre. (C'est) l'accord profond entre les émotions et les convictions⁵⁶⁰ ».

Un autre aspect est la reconnaissance que les soignants souhaitent recevoir plus souvent. Dans les résultats de l'enquête menée, les soignants parlent de leur plaisir à être reconnus par le patient pour les bons soins prodigués⁵⁶¹. « Et si l'activité est achevée c'est par le plaisir⁵⁶² ». Aristote précise que non seulement une action réalisée par vertu procure du

⁵⁵⁸ Philippe Lançon, *Le lambeau*, (Paris : Gallimard, 2018), p. 319.

⁵⁵⁹ *Ibid.*, p. 139.

⁵⁶⁰ Philippe Svandra, *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie*, (Paris : S. Arslan, 2009), p. 262.

⁵⁶¹ Annexe 6, une réponse à la question 11, « Lorsque le patient nous remercie du travail que l'on a fait ».

⁵⁶² Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. X [1174 b 14-26].

plaisir mais que le plaisir provoque l'achèvement. Il existe une réciprocité entre action et plaisir, l'un et l'autre se répondent et se complètent. Si nous appliquons cette pensée au travail des soignants cela signifie qu'ils doivent toujours travailler en cherchant un peu de plaisir pour parvenir au bout de leur tâche. Les soignants n'attendront plus de reconnaissance de la part des patients, car ce n'est pas le but de leur mission. Le détachement donne à chacun un sentiment de liberté qui permet d'atteindre la cible, l'achèvement étant la clé du bonheur et la recherche vers l'immobilité. Il faudrait cesser de « courir » *partout*. Ainsi, le soignant est content des actions réalisées au cours de la journée, et ce plaisir rejaillit sur le malade.

L'activité sans entrave est la plus digne de choix⁵⁶³. Tout le monde [...] rattache [...] le plaisir au bonheur. [...]. Car aucune activité n'est achevée lorsqu'elle est entravée. Or le bonheur fait partie des réalités achevées⁵⁶⁴.

Le soignant est toujours en équilibre entre le trop et le trop peu : il doit réaliser des actes de qualité en restant attentif aux besoins du patient mais sans se laisser envahir, rester soucieux sans être pesant, préserver l'autonomie du patient tout en lui faisant sentir qu'il est accompagné. C'est la médiété décrite par Aristote. Le soignant détaché revisite la relation, la regarde autrement pour trouver le bon milieu, la bonne distance.

Pour concrétiser cette approche nous présentons une charte pour travailler à acquérir un caractère détaché :

⁵⁶³ *Ibid.*, Ch. VII [1153 b 7-19].

⁵⁶⁴ *Ibid.*, Ch. VII [1153 b 7-19].

Proposition d'une charte pour un peu de bien-être à l'hôpital :

1. Les pièces servant de salle d'attente ou de lieu d'écoute deviennent polyvalentes et accueillent les patients mobiles voulant lire, rencontrer ou échanger avec d'autres individus.
2. Des lieux de rencontre peuvent être aménagés pour les patients et leurs familles et ce peut être l'endroit où des agents extérieurs au service proposent la lecture de textes, de poésie ou la projection de courts métrages ou de séries, des concerts.
3. Le patient est encouragé à recréer un environnement familial autour de son lit. Il apprend ainsi que sa chambre est son domaine privé depuis la jurisprudence de l'affaire Chantal Nobel en mars 1986.
4. Le patient s'approprie sa chambre et l'habite, il apporte avec lui tout ce qui l'occupe, ce qui le remplit de joie. Ce peut-être de la musique, de la lecture, de la broderie, des photos, l'apprentissage d'une langue étrangère par internet ou travailler.
5. Les patients choisissent le rythme de leur journée, les soignants intègrent leurs souhaits à la charge de travail et adaptent leur organisation à la vie des patients dans le respect de la bonne administration des traitements et de la bonne organisation du service.
6. Le soignant a un lieu pour se poser et se reposer, lâcher ses soucis, un lieu où il n'y a ni bruit ni paroles.

7. Les soignants demandent à chaque patient leur emploi du temps personnel pour tenter de le respecter le plus possible. Ils renouent avec son cœur de métier tel que l'avait construit Virginia Henderson avec la mise en place du diagnostic infirmier⁵⁶⁵.
8. Chaque soignant réfléchit pour catégoriser les soins en tenant compte du plaisir et des douleurs qu'ils occasionnent : la douleur n'est pas la même tout au long de la journée et elle varie selon les gens.
9. Il est possible lors d'une pause d'aller discuter avec un patient ou de proposer de partager un repas ensemble parce qu'il est parfois terriblement triste de manger tout seul. Des patients pourraient partager leur repas s'ils le souhaitent.
10. Chaque professionnel de santé peut s'asseoir auprès du patient pour gommer la verticalité de l'un et l'horizontalité de l'autre.
11. Les acteurs de santé apprennent à se taire, à poser leur voix pour nuancer le discours qu'ils tiennent ou celui à venir : ils créent un effet rhétorique par le silence. « Le grand comédien observe les phénomènes⁵⁶⁶ ».
12. Le soignant est reçu chez le patient, quelquefois il dérange les activités du malade. Le malade est couché, assis ou debout (surtout si c'est lui qui choisit de changer de position). Le positionnement de chacun est important selon le soin à effectuer, l'effet ne sera pas le même.

⁵⁶⁵ Virginia Henderson, *Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII* (Genève : Conseil international des infirmières, 2003).

⁵⁶⁶ Denis Diderot, *Paradoxe sur le comédien*, (Paris : Gallimard, 2009), p. 39.

13. L'équipe soignante propose aux patients de ne pas rester dans leur lit s'ils le peuvent et le souhaitent et de s'habiller en civil pendant la journée. Elle conseille d'apporter des vêtements pratiques, souples et un peu chauds, suffisamment amples pour garder une perfusion.
14. Les soignants sont vêtus de leur pyjama ou blouse blanche, mais ils peuvent être habillés différemment : quand il rencontre un patient dans le cadre d'une éducation thérapeutique, lorsqu'il lui apprend à se piquer ou à vérifier son taux de glycémie, en consultation.

Cette charte pourrait servir de base de réflexion pour travailler sur l'acquisition de nouvelles habitudes, mais elle ne prétend pas apporter une recette ; elle propose une piste pour commencer à réfléchir à bouger les lignes ce qui est déjà le cas dans de nombreux services. Nous avons visité un service de long séjour, (service essentiellement fréquenté par les personnes âgées), où le cadre infirmier autorisait la présence des chats : les patients étaient beaucoup plus calmes.

Nathalie Dugravier-Guérin, dans le souci de gagner la confiance du malade, conseille de réapprendre le silence pour écouter : « La parole est alors celle d'un sujet qui me parle (ou qui ne peut pas me parler) parce qu'il diffère de moi⁵⁶⁷ ». Comme « la délibération est toujours une recherche⁵⁶⁸ ». Ce patient prendra confiance en lui et dans sa capacité à s'occuper de ce qui dépend de lui. « L'être s'appartient toujours à lui-même⁵⁶⁹ ». Est-ce

⁵⁶⁷ Nathalie Dugravier-Guérin, *La relation de soin : approches éthiques et philosophiques, (du corps au visage)*, (Paris : Seli Arslan, 2010), p. 74.

⁵⁶⁸ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, (Paris : Flammarion, 2007), Ch. III [1112 b 18-23].

⁵⁶⁹ Lazare Benaroyo, *Éthique et responsabilité en médecine*, Collaborateur Raphaël Célis, Coll. médecine société, (Genève : Médecine et hygiène, 2006), p. 170. L'auteur parle d'« une requête désespérée de reconnaissance dans le regard porté sur lui et dans la douceur des gestes qui lui sont adressés ». Cela entraîne

que dans ces instants-là il ne faudrait pas faire silence et tenter d'entendre au-delà ses mots ? C'est ce que nous appelons la recherche du *temps perdu*. « Pour reprendre possession de nos mots, par conséquent de nos vies, il faut passer par le silence⁵⁷⁰ ». Le silence à cet instant est sûrement le meilleur outil parce que : « quelle que soit la qualité du soignant, le patient reste isolé dans sa souffrance comme dans une drogue encore plus forte que celles qu'on peut lui donner⁵⁷¹ ». Seul le silence permet d'entendre cette souffrance. Le soignant peut chercher à *perdre du temps* avec le malade par exemple.

Le cri de Fay Wray dans la main de King Kong est le plus silencieux de l'histoire du cinéma. Il prouve que le silence, au cinéma muet, est une matière, une donnée sensible⁵⁷².

Alors le détachement desserre l'étau qui emprisonne soignant et soigné et leur restitue de l'espace. Il permet ainsi d'apporter une opportunité et une possibilité pour les soignants comme pour les patients de *lâcher prise*.

La méditation a perdu toute sa dignité formelle, [...]. Autrefois, on voyait à l'attitude de chacun qu'il voulait soudain penser – c'était l'exception ! -, qu'il voulait à cet instant devenir plus sage et qu'il se préparait pour une pensée : on se composait un visage, comme pour une prière, et l'on arrêtait sa marche ; on s'immobilisait même en pleine rue des heures durant, lorsque la pensée

« une exigence d'humilité qui s'impose à l'équipe soignante ».

⁵⁷⁰ Alain Corbin, *Histoire du silence : de la Renaissance à nos jours* (Paris : Albin Michel, 2016), pp. 109-110, : Pascal Quignard fait parler le maître Tch'eng, dans « La dernière leçon de musique de Tch'eng Lien : « après avoir invité son élève à écouter les sons les plus ténus, ceux du vent dans les branches, du pinceau sur la soie, de l'urine d'un enfant sur les briques, il déclare en fin de journée : « J'ai trop fait de musique aujourd'hui. Je vais me laver les oreilles dans le silence. » ».

⁵⁷¹ Philippe Lançon, *Le lambeau*, (Paris : Gallimard, 2018), p. 80.

⁵⁷² Alain Corbin, *Histoire du silence : de la Renaissance à nos jours* (Paris : Albin Michel, 2016), p. 125.

« venait » - sur un pied ou sur les deux. Voilà ce qui était « digne de la chose ! »⁵⁷³.

Le service peut proposer du temps aux personnes intéressées par des temps de pause pour apprendre à lâcher prise qui pourrait être un premier pas vers l'acquisition de la vertu du détachement.

Alors, il serait souhaitable de pouvoir évaluer l'effet produit par les actions de personnel détaché : cette évaluation porterait sur le nombre de patients habillés en civil, ceux qui trouvent à s'occuper entre deux soins, ceux qui organisent leur journée pour participer à un groupe de musique ou de lecture, ou bien tous ceux qui réussissent à lâcher prise. Du côté des soignants, le lâcher-prise serait le premier signe d'une démarche vers quelque chose de différent : un service moins bruyant (on pourrait imaginer l'achat de mobilier protégé pour ne pas provoquer de nuisances sonores), du personnel attentif à ses désirs et à ceux du patient, une organisation des soins mieux distribuée sur les vingt-quatre heures qui respecterait le rythme des malades. Beaucoup vont s'abriter derrière la charge de travail, mais s'ils ont quelques minutes pour prendre un café, pourquoi ne pourraient-ils pas passer quelques minutes à s'isoler vraiment du bruit et de toute parole.

Nous avons montré, par le biais du théâtre, le rôle de la vertu du détachement pour un professionnel de santé et pour un patient. Comme le courage, le détachement transforme des soignants compétents en soignants au caractère détaché. Ainsi, ils peuvent juger à bon escient de la bonne distance et se permettre d'être tantôt en empathie avec un malade, tantôt plus distants. Les soignants détachés ont la capacité, à travers la délibération, de pratiquer le principe utilitariste parce qu'ils ont le bon regard, la sagacité et la compréhension pour installer sur les plateaux de la balance les bons arguments et

⁵⁷³ Friedrich Nietzsche, *Le gai savoir*, trad. Patrick Wotling, (Paris : Flammarion, 2017), § 6, p. 64.

l'articulation entre un ou deux principes éthiques. La décision prise en vue de l'action est alors bien pesée. Être détaché rend plus créatif par l'effet de projecteur qui éclaire la scène et permet d'appréhender d'un regard toute la situation, car quand : « nous sommes trop près de l'écran, l'image se décompose en points, seuls les jugements subjectifs sont possibles »⁵⁷⁴. En cela nous retrouvons Maître Eckhart : le détachement se place au-dessus de toutes les vertus parce qu'il les révèle, les potentialise et autorise leur épanouissement.

Le soin est un travail de la pensée réflexive et l'humanité une expression de l'intelligence du cœur. La pensée médicale n'est pas qu'une pensée qui calcule, c'est aussi une pensée qui médite. Un acteur de santé peut dire beaucoup en peu de mots : « *je suis là* »⁵⁷⁵.

⁵⁷⁴ Salman Rushdie, *Les enfants de minuit*, trad. par Jean Guiloineau, Folio 5029 (Paris : Gallimard, 2015), p. 764.

⁵⁷⁵ Pierre Le Coz, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, n° 535 (juillet 2010), p. 60.

ANNEXES

Annexe 1

Serment d'Hippocrate

- Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
- Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
- Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
- J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
- Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
- Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
- Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

- Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
- Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
- J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Annexe 2

Questionnaire aux étudiants infirmiers(ères) dans le cadre d'un travail sur le détachement dans la relation soignant-soigné

1. Le **détachement** : quel sens donnez-vous à ce mot ?

2. Comment qualifieriez-vous la **relation** entre le soignant et le soigné ?

- asymétrique

- dissymétrique

- de dépendance

- inégale ?

Autre :

3 Le détachement dans la relation soignant-soigné : Qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Aspects négatifs :

Aspects positifs :

4 Préférez-vous parler d'**attachement** pour qualifier la relation ?

Si oui pourquoi ?

5 Quelles **émotions** pensez-vous ressentir auprès des patients ?

Lesquelles vous semblent adapter à votre pratique ?

6 Quelles sont celles que vous tentez de **maîtriser** et pourquoi?

7 Quelles **émotions** pouvez-vous repérer chez le **patient** ?

8 Pensez-vous que le patient ait le désir de **se détacher**?

Argumentez votre réponse

9 Dans quelle situation aimeriez-vous être un peu plus **détaché(e)**?

Argumentez votre réponse :

10 Pouvez-vous identifier les moments de **plaisir** ressenti au cours de votre mission ?

11 Pensez-vous que le **détachement** peut être un facteur favorisant le **plaisir** de soigner ?

Merci pour votre participation

Dominique Ginolhac

Annexe 3

Synthèse de la consultation des étudiants cadres

Le 25 octobre 2107

Grâce à la disponibilité de Véronique Serra, directrice de l'école des cadres au CHU de Rouen, j'ai pu rencontrer 8 élèves, un jeune homme et sept jeunes femmes.

Après leur avoir fait part des raisons de ma démarche, nous avons discuté quelques minutes sur le thème du « détachement ». Ils ont accepté de remplir un questionnaire que je leur avais préparé. Rendez-vous est pris pour la semaine suivante. Ils me rendent le questionnaire rempli et posent les questions éventuelles que ces interrogations pourraient susciter.

Résultat : huit questionnaires, six récupérés.

La première question qualifiait la relation soignant-soigné ; La moitié la qualifie d'asymétrique et de dépendance, deux de dissymétrique et une n'a pas répondu et a mis un point d'interrogation devant la question ;

La deuxième question demandait une définition du mot détachement :

L'une parle de représentation négative de ce mot comme un manque d'attachement et d'une distance trop importante ;

Une autre de distance nécessaire pour ne pas nous affecter personnellement en tant que professionnel

Ce peut être une capacité à mettre ses émotions à distance tout en respectant l'autre de manière à conduire une relation d'aide efficace et bienveillante.

Le soignant doit pouvoir garder une distance suffisante pour ne pas trop s'impliquer personnellement ;

La bonne distance ou la juste relation ;

La troisième question abordait le terme d'attachement savoir s'ils préfèrent ce mot :

Un répond non,

Une autre écrit oui dans un premier temps, quand on pense la relation on pense attachement à une distance +/- importante

Encore non, l'attachement renvoie à l'attache, aux liens, à une relation qui entrave la liberté de l'un et de l'autre

Mais oui pour une autre

Et enfin c'est comme le détachement une question de bonne distance.

Question 4 : sur les émotions ressenties auprès du patient.

Ils font part d'une difficulté à répondre à cette question, car ils ne savent vraiment ce qu'est une émotion.

Réponse : empathie, attachement, joie, tristesse dosés de façon professionnelle ;

tendresse, compassion, compréhension, appréhension, agacement, empathie, un peu de tristesse quand elle était jeune par rapport aux jeunes enfants ; empathie compassion ;.....

Question 5 : Les émotions aidantes et celles qui gênent l'exercice du soin ;

L'empathie aide à soigner.

Une forme de compassion peut gêner, les autres sont toutes nécessaires dans la pratique ;

Question 6 : Les émotions du patient, celles qui aident et celles qui gênent :

Détresse, peur, angoisse, colère, tristesse, soulagement et stupeur ; notre positionnement s'adapte à l'émotion perçue. Incompréhension, agressivité, joie satisfaction ; les deux dernières sont aidantes, la gêne, les émotions non verbalisées à percevoir sur le faciès, le soulagement est aidant.

Question 7 : Patient détaché ou peut-il se détacher ?

Oui, il peut ; la relation d'aide n'est pas une relation de dépendance mais d'accompagnement, doit avoir un objectif, un début et une fin ; les deux; oui s'il ne se sent pas inclus dans la prise en charge ou si ses objectifs sont différents de ceux de l'équipe soignante, certains se détachent et deviennent autonomes dans leur prise en charge et certains ne peuvent pas se détacher car ils ont besoin d'un tiers, ils ne sont pas ou ne veulent pas être autonomes ; se sentir détaché face aux info médicales car le vocabulaire employé n'est pas compris, se détacher des siens par usure ou « ras-le-bol »; le patient peut avoir une relation simple aux soignantes ; le patient peut se sentir détaché, nous sommes producteurs de soins, donc nous sommes amenés à faire mal, nous ne sommes pas voués à rester dans sa vie, il est alors aisé pour lui de se détacher,

Question 8 : Rapport au sentiment d'attachement ou de détachement en face du soigné :

Attachés car nous prêtons une attention particulière pendant le soin, nous sommes là pour lui ; les 2 : attachée car prise en compte du patient et de ses besoins, détachée car il faut

réussir à faire des soins sans émotions ou ressentis, (exemple du pansement très difficile à faire, douleur, odeur,...) ; je me sens attachée par le lien que crée le soin parce que j'adapte le soin en fonction de ce que je perçois chez le patient ; faire preuve d'empathie me paraît essentiel dans la relation donc une référence à l'attachement pour individualiser la prise en charge. Mais avec une distance émotionnelle nécessaire, donc un détachement pour ne pas ressentir l'émotion personnellement ; les deux, je suis attaché dans le sens où j'essaie de créer du lien et d'être à l'écoute et bienveillant auprès du patient, je suis détaché dans le sens où j'essaie de garder un contrôle sur la distance avec le patient.

Question 9 : Le plaisir dans le soin

Oui, la reconnaissance exprimée pour la qualité du soin, de l'empathie, de l'écoute, de conseils prodigués et de l'attitude professionnelle ; prendre soin est un réel plaisir, cependant le plaisir est plus grand et les soins individualisés sont plus efficaces lorsqu'on peut doser le temps nécessaire à chaque situation (psychologique et éducative) ; lors de la prise en charge de la douleur efficace, lorsque j'éduquais les patients pour qu'ils soient autonomes dans leur prise de traitement immunosuppresseurs, lorsque j'enlevais les redons, les KT après une greffe rénale, impression de libérer les patients ; lorsque les patients et les familles étaient satisfaits ; lors d'un résultat positif suite à l'administration d'une thérapeutique, l'arrêt de la douleur, soins après un pansement qui redonne du confort au patient, organiser le devenir du patient, répondre à une demande spécifique ; quand on soulage le patient, qu'on ressent le bien-être de l'autre.

Question 10 : Détachement et plaisir

Oui il est indispensable pour pouvoir s'occuper du plus grand nombre de patients sans avoir toujours en tête les autres ; oui ; je ne parlerai pas de détachement mais bien de maîtriser son attachement. Un investissement adapté permettrait une certaine satisfaction et majorerait le plaisir ; je pense que oui, afin de ne pas être dans le ressenti émotionnel de la souffrance de l'autre ; je ne sais pas, je pense que sans instaurer une distance propice aux soins et aux échanges sans implication trop personnelle dans la relation au patient peut être effectivement une source de plaisir.

Question 11 : Empathie, trop ou trop peu ?

Oui à mon avis le manque ou l'excès d'empathie influencent le discernement et les émotions. La représentation du patient est modifiée ; le curseur de l'empathie est placé entre les deux extrêmes ; trop peu oui, il faut un minimum de compréhension pour que la relation puisse fonctionner ; trop oui car si on comprend trop l'autre, le risque est d'anticiper, de penser à sa place ; non pas trop d'empathie, plutôt de la sympathie ; L'empathie est indispensable pour bien prendre soin du patient, trop d'empathie peut entraîner un attachement trop important.

Au cours de la discussion qui a suivi, l'un d'eux m'a raconté une histoire : c'est une vieille dame de 80 ans à qui, tout jeune diplômé, il doit faire la toilette. Cette personne est tuberculeuse, on ne peut pas la toucher directement, elle ne parle pas le français, et se trouve très mal en point. Elle décède au cours de la toilette. L'émotion de stupeur a été à son comble pour le soigné qui a compris ce jour-là qu'il *fallait mettre des barrières* si on voulait exercer ce métier longtemps.

Un soignant raconte que les enfants projetaient l'image du père sur lui et qu'il avait plus de demande de leur part que le personnel féminin.

Une autre dit être incapable de prendre des enfants très abîmés en charge car la détresse des parents la submerge.

Ils parlent de résilience pour prendre en compte les affects. Les soignants doivent oublier pour continuer à construire ; utiliser la souffrance et être présent sans lien de dépendance.

Attachement comme un lien, non attachement comme un lien que l'on peut lâcher et reprendre quand on le souhaite.

Incompréhension des patients, colère.

Difficulté à être en civil face à un individu victime d'un malaise dans la rue : il n'y a plus ce lien, cette reconnaissance automatique avec le costume.

Est-on sincère quand on joue un rôle ?

On peut jouer la sauveuse, la modeste, le juste. Un infirmier raconte que quelque fois il a été auprès de patients qui voulaient voir un médecin à tout prix et le seul fait de voir un homme en blouse blanche suffisait à les rassurer.

Annexe 4

Synthèse de la consultation des étudiant(e)s infirmiers(ères).

Le 20 mars 2018

Promotion de 98 étudiants, 22 réponses recueillies :

La première question demandait de donner un sens au mot détachement :

Dans quatorze réponses nous constatons un rapprochement du détachement avec une notion d'espace, distance, hauteur, recul, retrait ; l'idée de justesse et de donner de façon proportionnelle. Une autre idée émerge c'est la notion de protection du soignant pour mieux soigner le patient. Et enfin une impression que le détachement est une absence d'émotions ou au moins aide à les gérer.

La deuxième question qualifiait la relation soignant-soigné ;

Asymétrique : 18

Dissymétrique : 5

De dépendance : 9

Inégale

Autre : 2, complémentaire et humanisée

Nous relevons qu'une grande majorité d'étudiants qualifie la relation d'asymétrique avec cette notion qu'il faut travailler sur la confiance et chercher à éduquer le patient pour gommer cette asymétrie. Dans la relation de dépendance notion d'attente, mais surtout que chacun dépend de l'autre ce que nous trouvons très intéressant car souvent on oublie que s'il n'y a plus de patient le soignant n'a plus de raison d'être.

La troisième question : l'empathie dans la relation soignant-soigné : qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Aspects négatifs : la banalisation des soins est notée dans la moitié des réponses, le risque de robotisation et de technicisation des soins, désintéressement et indifférence apparaissent quatre fois avec la rupture de la relation et enfin une fois il est écrit que le patient peut devenir objet.

Aspects positifs : les réponses sont nombreuses et très argumentées. Nous voyons encore que la moitié des résultats fait mention de protection pour le soignant mais pour mieux soigner, prendre du recul est souvent noté et surtout l'idée d'un travail pour équilibrer les émotions et trop de froideur ; garder l'empathie pour les soins et laisser sa vie privée dans le vestiaire.

Question 4 : Préférez-vous parler d'**attachement** pour qualifier la relation ?

La grande majorité des réponses dit non. La plupart ne souhaite pas ressentir trop d'émotions au cours des soins, d'autres parlent de ne pas vouloir d'une relation mère-enfant, peur de trop de familiarité et enfin pas de notion d'attachement dans la relation de soins.

Question 5 : Quelles **émotions** pensez-vous ressentir auprès des patients ? ;

L'empathie revient très souvent pour une moitié, puis la tristesse, la joie et la colère. Ensuite nous retrouvons l'agacement, la peur et l'angoisse puis la sympathie. D'autres plus proches des sentiments comme l'attachement, la frustration, l'énervement et l'inquiétude. Le stress est un état mais revient très souvent sachant qu'il s'agit d'une population qui termine ses études et n'a pas encore d'expérience sur le terrain en dehors des stages. Quelqu'un parle d'humour.

Question 6 : Lesquelles vous semblent adaptées à votre pratique ?

L'empathie est toujours en tête suivie de la joie et de la tristesse puis nous trouvons l'écoute qui n'est pas une émotion. Enfin il y a la compassion, la bienveillance, la tolérance et le non-jugement et avec le besoin d'humanité nous avons l'impression d'une recette pour construire une bonne relation, cela ressemble aux ingrédients. Rien de péjoratif dans cette phrase mais ce ne sont pas des émotions au sens où Hume l'entend.

Question 7 : Quelles sont celles que vous tentez de maîtriser ?

En tête nous trouvons le stress que nous comprenons pour les raisons invoquées plus haut, puis la tristesse et l'agacement ce qui nous interpelle car c'est un sentiment auquel je n'avais pas pensé. Il y a beaucoup de colère sans doute due à la découverte de l'injustice évidente que nous rencontrons dans les lits d'hôpital. Enfin nous trouvons de l'angoisse mais aussi de la joie difficile à maîtriser

Question 8 Quelles **émotions** pouvez-vous repérer chez le patient ?

La peur, la colère, la tristesse, l'angoisse mais aussi la joie représentent la plupart des émotions repérées chez le patient. Ensuite il y a de l'inquiétude, de la gratitude ou de la reconnaissance mais aussi de la lassitude et de l'ennui mais un peu de bonheur.

Question 9 : pensez-vous que le patient ait le désir de se **détacher** ?

Cinq réponses pensent que oui surtout dans les services de court séjour ; mais beaucoup (douze) écrivent : « ça dépend du patient » et/ou de sa pathologie donc du service, le soignant doit s'adapter. Et puis les autres pensent que non car le patient s'installe dans une relation d'aide, et il souhaite garder l'attention du soignant.

Question 10 Dans quelle situation aimeriez-vous être un peu détaché ?

Le décès du patient est noté à chaque réponse ou la fin de vie ou les soins palliatifs, puis ce sont les annonces de cancer ou de SIDA et enfin les maladies très graves voire mortelles chez les enfants. À la marge on trouve la notion de transfert quand l'histoire d'un patient ressemble à celle du soignant ou que le patient a le même âge. Les conflits dans le service sont notés.

Question 11 : Pouvez-vous identifier les moments de plaisir ressentis au cours de votre mission ?

En tête nous trouvons toutes les marques de reconnaissance du patient pour le travail bien fait : merci, sourire, relation joviale, le respect. Puis l'amélioration et la guérison, la sortie et la joie des familles

Question 12 : Pensez-vous que le **détachement** peut être un facteur favorisant le **plaisir** de soigner ?

Ils sont huit à dire non car le détachement peut être source de rupture, sept disent oui car c'est l'aboutissement de l'accompagnement, avoir trouvé la bonne distance, le plaisir de soigner pour aider à ne plus souffrir. Certains parlent plutôt de bien-être que de plaisir, il faut un peu d'attachement c'est une question de dosage.

Annexe 5

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**.

La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**.

Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus.

Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers.

Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe 6

Naissance de l'hôpital moderne (1941 - 2016)

1941

La loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 consacrent juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et posent les bases de l'institution moderne. La loi marque la fin de l'hospice et crée la fonction de directeur ainsi que la commission consultative médicale devenue, par la loi du 24 juillet 1987, la commission médicale d'établissement. En 1943 apparaissent les premiers statuts des médecins hospitaliers.

30 décembre 1958

La réforme initiée par le professeur Robert Debré se traduit par trois ordonnances et un décret en date des 11 et 30 décembre qui créent les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les médecins à temps plein hospitalo-universitaires. Le chef de service est nommé, à partir d'un recrutement national commun, à la fois par le ministre de la Santé et celui de l'Éducation nationale. Les représentants de la Sécurité sociale sont introduits au sein de la commission administrative et les directeurs d'hôpital voient leurs pouvoirs renforcés.

24 septembre 1960

Publication du décret portant statut des professeurs hospitalo-universitaires temps pleins. Ce décret, qui complète l'ordonnance du 30 décembre 1958, précise que le personnel hospitalo-universitaire perçoit une double rémunération, hospitalière et universitaire. En 1961, premier statut des médecins hospitaliers temps pleins non universitaires dans les hôpitaux généraux.

31 décembre 1970

Promulgation de la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière qui instaure la carte sanitaire, crée le service public hospitalier (SPH) et les groupements et syndicats inter-hospitaliers.

30 juin 1975

Promulgation de la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui organise surtout la prise en charge médicalisée des personnes âgées.

L'encadrement des dépenses hospitalières (1983-1990)

19 janvier 1983

Promulgation de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. La loi instaure, dans son article 4, un forfait journalier supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux et qui prévoit, dans son article 8, la mise en place de la dotation globale de financement. Le taux d'augmentation des dépenses hospitalières est fixé par le gouvernement, à charge pour le préfet de le faire respecter dans chaque département. La dotation globale est versée par la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription. Lié au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), le financement a priori contribue à rationaliser les dépenses hospitalières.

6 janvier 1986

La loi n° 86-11 définit l'aide médicale urgente qui « a pour objet en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire

assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ».

9 janvier 1986

Création de la Fonction publique hospitalière par la loi n° 86-33 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (qui se substitue à l'organisation statutaire du décret du 20 mai 1955).

27 octobre 1990

Publication au JO n° 250 du 27 octobre 1990 des décrets n° 90-949 à 90-955 du 26 octobre 1990 relatifs aux statuts des divers personnels de la fonction publique hospitalière, et du décret n° 90-956 du 26 octobre 1990 relatif à la commission médicale des établissements d'hospitalisation publics.

Le renouveau de la planification hospitalière (1990-1996)

15 mai 1991

Publication au JO n° 112 du 15 mai 1991 des décrets n° 91-435 à 91-437 relatifs au classement indiciaire et aux statuts des personnels médicaux et administratifs de la fonction publique hospitalière.

31 juillet 1991

Promulgation de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui prévoit notamment la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), établit l'obligation du projet d'établissement, définit la notion de contrat d'objectifs et de moyens et fixe pour les cliniques l'objectif quantifié national (OQN).

23 mai 1995

Alain Juppé, Premier ministre, se prononce, dans sa déclaration de politique générale devant l'Assemblée nationale, pour une réforme de l'hôpital qui prévoit notamment de substituer au budget global (instauré en 1984) des contrats d'objectifs négociés régionalement et il annonce la création d'un Haut Conseil pour l'hôpital placé auprès du ministre de la santé.

16 juin 1995

Installation par Alain Juppé, Premier ministre, du Haut conseil pour la réforme hospitalière, présidé par Bernard Devulder, doyen de la faculté de médecine de Lille, et chargé de proposer pour l'automne les voies d'une réforme profonde du système hospitalier, qui substitue notamment au budget global des contrats d'objectifs et de moyens tenant mieux compte de l'activité réelle des établissements hospitaliers.

1996 : la réforme Juppé de l'hospitalisation publique et privée

25 janvier 1996

Publication au JO de deux ordonnances, en date du 24 janvier, relatives au remboursement de la dette sociale et aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

24 avril 1996

Présentation en conseil des ministres par Jacques Barrot, ministre du travail et des affaires sociales, et par Hervé Gaymard, secrétaire d'État à la santé sur les mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée qui prévoit la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH).

7 avril 1997

Publication du décret n° 97-311 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

La recomposition hospitalière et la maîtrise négociée des dépenses de santé

mai 1997 - octobre 1998

Publication de décrets sur l'organisation des urgences et sur l'organisation de l'obstétrique.

14 octobre 1997

Installation officielle de l'Agence nationale d'accréditation et de l'évaluation de la santé.

9 juin 1999

La loi n° 99-477 reconnaît le droit des personnes malades d'accéder à des soins palliatifs.

27 juillet 1999

Création de la couverture médicale universelle (CMU) par la loi n° 99-641 qui assure la gratuité des soins pour les plus démunis.

Mars 2000

Faisant suite aux États généraux de la santé, remise du rapport du groupe de travail présidé par Etienne Caniard sur la place des usagers dans le système de santé.

27 septembre 2001

Signature d'un protocole d'accord sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière par le gouvernement et quatre organisations syndicales de la fonction publique hospitalière (CFDT, UNSA, SNCH, CGC). Le texte prévoit la création de 45 000 emplois.

6 novembre 2001

Remise par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'un rapport à Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, et à Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, sur les situations d'insécurité et de violences subies par les différents professionnels de santé.

5 mars 2002

Publication dans le Journal officiel de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

Du Plan hôpital 2007 au Plan hôpital 2012

20 novembre 2002

Présentation en conseil des ministres d'un plan de restructuration du système hospitalier d'ici 2007 qualifié de pacte de modernité pour l'hospitalisation (Plan Hôpital 2007). Le

4 septembre 2003

Publication de l'ordonnance 2003-850 de simplification administrative élaborée dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. L'ordonnance prévoit des transferts de compétences en faveur des ARH, la suppression de la carte sanitaire, la simplification des formules coopération sanitaire et l'accélération de l'investissement immobilier. 30 septembre 2003.

15 décembre 2003

Signature par le ministère de la Santé et la Banque Européenne d'Investissement (BEI) d'une déclaration d'intention permettant à la BEI, via son programme Hôpitaux de France, de contribuer à l'effort de modernisation du parc hospitalier entrepris avec le Plan Hôpital 2007. Le programme de la BEI doit permettre de consacrer 500 millions d'euros au financement d'investissements hospitaliers de moyenne dimension.

2 mai 2005

Ordonnance n° 2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Elle recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et crée des pôles d'activité.

12-22 février 2007

Le 12, Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, présente le plan Hôpital 2012 : doté de 10 milliards d'euros sur 5 ans, dont une moitié est versée par l'assurance maladie, l'autre étant à la charge des hôpitaux eux-mêmes, ce plan se donne pour priorités l'informatisation des hôpitaux, l'amélioration des conditions de travail des personnels et l'accueil des familles, la mise aux normes de sécurité et la réorganisation des services d'urgence.

Vers la loi "Patients, Santé et Territoires"

22 octobre 2008

Présentation, en Conseil des ministres, du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, censé garantir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire : création d'Agences régionales de santé (ARS) dotées des prérogatives des instances régionales de l'assurance maladie et des actuelles Agences régionales de l'hospitalisation, en ce qui concerne les hôpitaux publics, les cliniques privées, les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social.

1er avril 2010

Mise en place des agences régionales de santé (ARS) qui se substituent aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), aux missions régionales de santé (MRS), aux groupements régionaux

de santé publique (GRSP), ainsi qu'aux services sanitaires des directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS), des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Elles reprennent en outre une partie des missions des personnels des directions du service médical de l'assurance maladie (DRSM) et des organismes d'assurance maladie des agriculteurs (Mutualité sociale agricole) et des indépendants (Régime social des indépendants).

22 mai 2012

Lors de sa visite au salon Hôpital Expo, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, annonce un pacte de confiance avec les acteurs du monde hospitalier autour de trois thématiques principales : le service public hospitalier dans le système de soins et notamment son articulation avec la médecine de ville ; le dialogue social à l'hôpital et la gestion des ressources humaines ; la gouvernance de l'hôpital, l'organisation et son fonctionnement interne.

7 septembre 2012

Annnonce par Mme Marisol Touraine de la réintroduction de la notion de service public hospitalier dans la loi, supprimée par la loi HPST de 2009, afin de prendre en compte les spécificités des missions et des patients de l'hôpital public.

4 mars 2013

A l'occasion de la remise du rapport final de synthèse des 3 groupes de travail présidés par Edouard Couty, Marisol Touraine expose les 13 engagements du « pacte de confiance pour l'hôpital » qui ont vocation à s'intégrer dans la future stratégie nationale de santé. Le pacte confirme le rétablissement de la notion de service public hospitalier dans la loi, la réforme de la tarification hospitalière avec la fin de la convergence des tarifs entre

l'hospitalisation publique, privée à but non lucratif et l'hospitalisation privée, le renforcement des Commissions médicales d'établissement ainsi que la création d'un comité technique des usagers, et l'institutionnalisation du dialogue social avec la création d'un observatoire national du dialogue social.

INDEX

INDEX DES AUTEURS

A

AÏCHA ALAOUI, Thérèse, 395
ANDRE, Christophe, 24, 335, 395, 400, 406, 408, 414
ANSCOMBE, Gertrude Elizabeth, 233, 234, 395
ARENDT, Hannah, 337, 395
ARISTOTE, 18, 19, 28, 33, 69, 75, 76, 82, 90, 91, 118,
129, 144, 160, 167, 169, 183, 184, 188, 193, 203,
205, 206, 231, 254, 257, 275, 276, 277, 278, 279,
280, 281, 282, 283, 300, 301, 302, 305, 306, 307,
312, 314, 316, 317, 318, 321, 322, 323, 325, 327,
330, 331, 332, 333, 335, 336, 348, 349, 353,

B

BEAUCHAMP, Tom ET CHILDRESS, James, 3, 18, 22, 164,
189, 191, 192, 193, 195, 197, 198, 200, 202, 204,
210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 219, 221, 223,
225, 226, 227, 229, 231, 233, 239, 244, 260, 273,
276, 280, 282, 284, 285, 296, 321, 325, 328, 333,
341, 342
BELLEGUIC, Thierry, 42, 125, 132,
BENAROYO, Lazare, 25, 33, 42, 59, 62, 76, 90, 190, 253,
304, 308, 336, 353,
BERGSON, Henri, 41, 265,
BERTI, Eduardo, 243,
BLOOM, Paul, 147,
BOCH, Anne Laure, 171, 337,
BOLTANSKI, Luc, 88,
BONNET, Doris, 190, 191,
BOSS, Gilbert, 42, 43, 124, 129, 133, 148, 149, 263,
BOURGEON, Dominique, 213, 218, 232, 261, 263,
BOZZO-REY, Malik, 132, 145, 146, 396,
BRUGERE, Fabienne, 286,
BUZZATI, Dino, 146,

C

CAMUS, Albert, 135, 161, 338, 343,
CANGUILHEM, Georges, 37, 66, 69, 159, 214, 269, 344,
CLERO, Jean-Pierre, 42, 81, 103, 125, 129, 132, 138,
162, 165, 167, 184, 185, 187, 253, 255, 318, 322,
COBBAUT, Jean Philippe, 77, 91
CORBIN, Alain, 377
COUILL, Michel, 287, 391

D

DELIASSUS, Éric, 196, 203, 213
DELAVIGNE, Valérie, 77, 78
DERRIDA, Jacques, 74, 260,
DESCARTES, René, 176, 302,

DIDEROT, Denis, 17, 26, 31, 32, 56, 57, 62, 63, 66, 67,
70, 71, 72, 74, 80, 91, 92, 126, 137, 142, 158, 181,
182, 232, 233, 240, 293, 294, 315, 320, 352
DINECHIN, Olivier, 164, 240, 302, 303,
DORTIER, Jean-François, 295,
DUMOUCHEL, Daniel, 125, 162,
DUPUIS, Michel, 9, 48, 111, 114, 209, 229, 269,

E

ECKHART, Johannes, 84, 109, 253, 322, 330, 345,
EHRENBERG, Alain,
ÉPICTÈTE, 18, 45, 46, 47, 49, 85, 96, 97, 100, 102, 104,
105, 106, 111, 114, 115, 139, 142, 151, 171, 172,
175, 198, 224, 249, 283, 294, 300, 309, 311, 319,
336, 338,

F

FAGOT-LARGEAULT, Anne, 128,
FLEURY, Cynthia, 13, 206, 242, 270, 321, 350,
FOUCAULT, Michel, 7, 108,
FRANCEQUIN, Ginette, 53, 54, 57,

G

GEADAH, Roland-Ramzi, 256,
GILLIGAN, Carol, 10, 11, 256, 286, 320,
GOIFFON, Bernard, 193,
GREZES, Julie, 295, ,
GROS, Frédéric, 145, 200, 201, 208, 220, 234, 284,
298,

H

HARE, Richard Mervyn, 18, 146, 157, 179, 181, 231,
290, 291, 295, 322,
HENDERSON, Virginia, 351,
HIPPOCRATE, 4, 31, 38, 44, 163, 358,
HIRSCH, Emmanuel, 50, 171,
HOTTOIS, Gilbert, 252, 362
HOURCADE, Annie, 203, 309, 336,
HUME, David, 3, 18, 81, 103, 121, 122, 123, 124, 125,
126, 127, 128, 129, 130, 134, 135, 138, 139, 148,
149, 152, 153, 154, 155, 161, 162, 164, 165, 167,
168, 169, 176, 178, 180, 181, 193, 269, 285, 290,
297, 298, 299, 318, 322, 371,

J

JOLLIEN, Alexandre, 93, 395,
JONAS, Hans, 200,

K

KANT, Emmanuel, 18, 84, 98, 108, 135, 143, 167, 193,
195, 200, 209, 210, 212, 216, 226, 240, 241, 242,
247, 253, 262, 290, 291, 304, 319,
KENTISH-BARNES, Nancy, 62, 75, 78, 165,
KERANGAL, Maylis, 254,
KORFF-SAUSSE, Simone, 304,
KOUCHNER, Bernard, 27, 80, 81, 180, 182, 209, 212,
240, 378,

L

LA BOETIE, Étienne, 308, 393,
LALANDE, André, 335,
LAMARTINE, Alphonse de, 104,
LANÇON, Philippe, 31, 339, 342, 343, 348, 353,
LE COZ, Pierre, 33, 163, 166, 172, 195, 200, 201, 220,
233, 355,
LEFEVE, Céline, 90, 235, 246, 248,
LENOIR, Frédéric, 346,
LOMBRAIL, Pierre, 207,

M

MACHIAVEL, Nicolas, 85,
MARC AURELE, 345,
MARIN, Claire, 265, 338, 339,
MASQUELET, Alain Charles, 42, 43, 174, 264, 265,
MEYER, Michel, 393,
MILL, John Stuart, 18, 222, 237,
MINO, Jean Christophe, 33, 59, 70, 76, 77, 79, 80, 83,
MOLINIER, Pascale, 7, 268, 286, 287, 289,
MONTAIGNE, Michel Eyquem de, 151,
MONTESQUIEU, Charles Louis de, 203,

N

NADOT, Michel, 327,
NIETZSCHE, Friedrich, 108, 109, 144, 145, 221, 229,
354,
NUSSBAUM, Martha Craven, 28, 30, 66, 68, 89, 115,
153, 188, 192, 193, 291, 292, 303, 304, 307, 309,
312, 329, 330, 333, 334,

O

OGIEN, Ruwen, 60,
OSTERVALD, 98, 103, 200, 288, 311, 343,

P

PANDELE, Sylvie, 347,
PAPERMAN, Patricia, 7, 268,
PASCAL, Blaise, 52, 55, 57, 87, 207, 353,
PELLEGRINO, Edmund D., 302,
PLATON, 17, 24, 25, 44, 74, 76, 79, 188, 208, 210, 259,

R

RACAMIER, Paul Claude, 256,
RAWLS, John, 18, 207, 244, 245, 394,
RICŒUR, Paul, 18, 90, 117, 173, 177, 218, 251, 292,
294, 303, 329,
RICOT, Jacques, 200, 221,
ROUSSEAU, Jean-Jacques, 18, 145, 201, 287, 293, 303,
329,
ROY, David, 188,
RUSHDIE, Salman, 355,

S

SAINT THOMAS D'AQUIN, 134,
SCHELER, Max, 399,
SCHOPENHAUER, Arthur, 150, 151,
SENEQUE, 94, 311,
SICARD, Didier, 44,
SMITH, Adam, 130, 131, 132, 133, 144, 146, 147, 152,
199, 263, 265, 289, 290, 293, 311, 312,
SPINOZA, Baruch, 226, 346,
SVANDRA Philippe, 39, 41, 47, 67, 72, 125, 218, 260,
292, 294, 297, 299, 328, 329, 330, 337, 348,

T

TRONTO, Joan, 271, 286,

W

WEBER, Max, 331,
WITTGENSTEIN, Ludwig, 193, 194,

INDEX DES MOTS-CLÉS

- acteur, 12, 14, 16, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 44, 46, 47, 48, 50, 55, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 78, 79, 80, 84, 95, 99, 102, 108, 109, 114, 116, 117, 120, 147, 150, 157, 164, 195, 196, 219, 220, 232, 235, 237, 249, 261, 271, 272, 276, 277, 307, 318, 321, 322, 327, 329, 332, 338, 342, 355, 362, 365, 366, 372
- action, 4, 22, 25, 30, 33, 39, 40, 43, 44, 45, 84, 85, 88, 89, 91, 96, 98, 99, 101, 102, 105, 107, 114, 117, 118, 119, 124, 128, 129, 130, 143, 144, 146, 148, 152, 156, 157, 162, 163, 165, 169, 171, 172, 178, 183, 184, 185, 192, 199, 202, 204, 207, 216, 231, 232, 234, 238, 240, 257, 258, 264, 276, 278, 281, 286, 287, 293, 294, 304, 305, 309, 311, 314, 317, 321, 323, 329, 331, 337, 338, 344, 345, 346, 348, 350, 351, 353, 354, 360, 365, 371, 376, 378, 379
- autonomie, 10, 15, 37, 43, 59, 71, 100, 111, 114, 115, 119, 164, 168, 175, 182, 190, 197, 198, 201, 205, 207, 208, 215, 216, 217, 221, 222, 224, 226, 228, 230, 231, 232, 242, 245, 247, 248, 249, 255, 300, 316, 328, 334, 350, 353, 356, 363, 364, 367, 368, 372, 373, 375, 376, 379
- bienfaisance, 197, 198, 201, 205, 207, 208, 236, 237, 242, 254, 255
- blouse blanche, 29, 50, 51, 52, 57, 58, 64, 126, 140, 144, 160, 162, 232, 288
- chambre, 36, 47, 51, 93, 98, 107, 133, 157, 166, 177, 188, 201, 202, 203, 210, 227, 228, 235, 242, 244, 254, 255, 262, 271, 272, 273, 277, 279, 280, 282, 300, 316, 330, 371
- corps, 40, 43, 51, 54, 69, 73, 102, 106, 135, 138, 142, 143, 152, 161, 164, 167, 172, 182, 183, 190, 194, 209, 212, 215, 217, 218, 220, 224, 227, 235, 250, 251, 255, 264, 266, 278, 285, 291, 306, 309, 311, 328, 336, 342, 343, 363, 366, 375, 378, 379
- désir, 18, 37, 92, 93, 100, 101, 102, 104, 118, 120, 123, 124, 129, 136, 137, 154, 158, 159, 164, 171, 174, 176, 181, 191, 211, 235, 236, 237, 238, 241, 250, 253, 258, 261, 263, 283, 291, 305, 309, 323, 326, 327, 329, 332, 334, 336, 348, 349, 354, 370, 377
- détachement, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 53, 65, 71, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 136, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 187, 188, 191, 211, 233, 234, 235, 236, 238, 239, 243, 244, 245, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 259, 261, 262, 268, 269, 270, 277, 279, 284, 287, 289, 295, 301, 302, 303, 304, 306, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 317, 319, 320, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 336, 337, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 354, 355, 359, 360, 364, 366, 367, 370, 371, 376, 379
- distance, 10, 36, 40, 41, 51, 59, 64, 66, 97, 108, 115, 140, 148, 162, 242, 243, 254, 260, 261, 268, 278, 279, 283, 308, 317, 327, 328, 329, 332, 341, 344, 347, 348, 350, 364, 368, 371, 375
- émotions, 16, 18, 20, 21, 26, 28, 31, 45, 47, 57, 60, 62, 66, 68, 72, 73, 79, 81, 89, 91, 92, 102, 104, 106, 109, 110, 113, 114, 116, 120, 121, 123, 124, 125, 127, 130, 138, 139, 141, 145, 146, 148, 149, 150, 154, 157, 158, 161, 163, 165, 167, 171, 172, 174, 177, 181, 187, 198, 200, 207, 209, 211, 227, 233, 237, 238, 240, 243, 244, 261, 285, 290, 295, 296, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 313, 315, 317, 326, 332, 340, 341, 342, 348, 351, 368
- empathie, 7, 14, 62, 65, 66, 98, 111, 147, 148, 150, 151, 152, 182, 206, 239, 244, 302, 304, 305, 306, 308, 315, 317, 325, 337, 338, 347, 348, 357
- éthique, 5, 8, 9, 10, 14, 17, 20, 25, 29, 36, 39, 56, 58, 60, 74, 75, 90, 91, 93, 114, 118, 123, 140, 148, 166, 167, 176, 177, 183, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 236, 239, 240, 242, 243, 247, 249, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 260, 261, 263, 264, 265, 267, 268, 269, 281, 283, 286, 291, 292, 295, 297, 299, 301, 306, 308, 313, 323, 333, 336, 343, 344, 346, 351, 352, 354, 358, 363, 364, 367, 372, 378
- geste, 11, 28, 55, 73, 79, 94, 130, 163, 164, 176, 178, 202, 228, 234, 243, 277, 290, 294, 299, 301, 305, 318, 322, 336, 354, 359, 385, 387, 423, 426, habitudes, 12, 52, 69, 116, 118, 127, 193, 232, 273, 288, 313, 316, 318, 321, 323, 324, 325, 326, 330, 349, 350, 351, 365
- hôpital, 2, 4, 11, 12, 15, 16, 21, 22, 26, 27, 30, 31, 33, 35, 36, 39, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 60, 64, 65, 68, 69, 78, 81, 85, 91, 95, 96, 101, 103, 111, 112, 134, 135, 139, 140, 142, 144, 149, 154, 161, 167, 169, 181, 182, 188, 192, 202, 206, 210, 212, 213, 214, 219, 224, 225, 227, 229, 246, 249, 257, 263, 264, 266, 267, 270, 273, 276, 277, 280, 281, 282, 283, 287, 290, 301, 302, 304, 305, 307, 316, 318, 334, 338, 342, 361, 363, 365, 369, 370, 371, 373, 379
- image, 25, 41, 43, 44, 45, 48, 57, 62, 104, 113, 135, 143, 234, 243, 253, 294, 299, 309, 324, 351

justice, 49, 88, 114, 169, 190, 197, 198, 201, 209,
 212, 213, 214, 242, 252, 253, 323, 325, 331, 334,
 338, 363
 liberté, 11, 16, 36, 44, 52, 59, 78, 101, 114, 115, 117,
 118, 154, 162, 169, 195, 213, 215, 218, 223, 229,
 231, 232, 239, 245, 248, 256, 261, 272, 279, 282,
 283, 328, 334, 342, 357, 358, 360, 367, 372, 373,
 374, 375, 376, 378
 lien, 18, 20, 21, 27, 30, 40, 50, 51, 57, 58, 75, 87, 89,
 91, 105, 107, 109, 110, 114, 115, 125, 130, 138,
 139, 140, 146, 151, 153, 157, 158, 160, 219, 234,
 249, 256, 277, 287, 297, 304, 309, 329, 334, 339,
 340, 343, 360, 361, 363, 366
 malade, 2, 4, 7, 14, 15, 16, 17, 20, 27, 28, 29, 31, 34,
 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 45, 46, 48, 50, 53, 56,
 58, 67, 68, 69, 73, 74, 76, 77, 79, 80, 95, 96, 97,
 98, 99, 108, 111, 113, 115, 119, 129, 130, 133,
 135, 136, 137, 138, 140, 144, 149, 150, 152, 153,
 154, 158, 160, 161, 164, 169, 174, 176, 177, 178,
 179, 180, 181, 182, 186, 189, 190, 197, 201, 202,
 209, 212, 215, 216, 217, 219, 220, 223, 225, 228,
 235, 237, 242, 243, 245, 248, 251, 254, 255, 258,
 259, 260, 262, 268, 270, 272, 273, 276, 277, 279,
 280, 281, 291, 292, 294, 296, 305, 309, 310, 311,
 317, 319, 323, 332, 336, 339, 341, 343, 350, 354,
 355, 356, 358, 359, 361, 363, 364, 365, 366, 368,
 372, 373, 374, 377, 378
 médiété, 344, 345
 morale, 5, 37, 125, 129, 131, 133, 140, 144, 153, 158,
 172, 174, 184, 187, 193, 195, 196, 197, 198, 199,
 202, 205, 206, 251, 255, 258, 287, 292, 301, 304,
 320, 321, 331, 345, 348, 352, 353, 364, 373, 378
 moyenne, 322, 338, 345,
 passions, 10, 18, 22, 24, 66, 79, 89, 95, 99, 102, 104,
 107, 109, 110, 116, 120, 123, 124, 125, 126, 127,
 128, 129, 130, 132, 135, 136, 138, 140, 144, 146,
 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160,
 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171,
 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183,
 184, 185, 187, 188, 191, 204, 209, 243, 244, 261,
 274, 278, 292, 293, 296, 306, 307, 308, 309, 310,
 317, 319, 339, 340, 341, 342, 344, 346, 348, 349,
 351, 372, 378
 patients, 3, 11, 29, 31, 34, 36, 37, 38, 42, 48, 50, 51,
 52, 55, 56, 57, 58, 59, 63, 64, 65, 75, 76, 77, 90,
 91, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 103, 106, 116, 119, 131,
 134, 143, 147, 159, 161, 170, 175, 181, 182, 195,
 210, 212, 213, 214, 215, 220, 225, 227, 228, 232,
 235, 239, 240, 242, 248, 250, 255, 258, 260, 264,
 265, 267, 272, 273, 275, 280, 281, 282, 288, 292,
 298, 300, 302, 307, 310, 316, 317, 319, 320, 326,
 328, 332, 334, 336, 338, 340, 351, 357, 359, 362,
 364, 367, 371, 372, 374, 376, 377, 378
 philosophie, 1, 2, 5, 20, 25, 29, 37, 39, 45, 56, 60, 68,
 73, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 90, 91, 99, 100, 103,
 105, 110, 112, 115, 116, 131, 146, 166, 170, 180,
 193, 206, 215, 232, 236, 243, 254, 256, 261, 274,
 279, 292, 294, 308, 319, 349, 353, 354, 374, 376
 plaisir, 18, 26, 27, 61, 62, 66, 68, 92, 96, 107, 117,
 124, 125, 126, 132, 138, 140, 143, 154, 156, 157,
 159, 165, 166, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 180,
 184, 205, 237, 248, 285, 286, 292, 295, 300, 303,
 309, 314, 318, 319, 320, 321, 322, 327, 328, 333,
 334, 348, 351, 352, 353, 354, 355, 360, 371
 principe, 10, 67, 81, 115, 127, 138, 166, 186, 191,
 198, 199, 202, 203, 209, 212, 213, 214, 216, 231,
 232, 233, 237, 238, 239, 242, 253, 279, 283, 287,
 303, 304, 309, 314, 323, 334, 353, 357, 360
 relation, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 26, 28, 30, 35, 36,
 37, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 57, 59, 60, 67, 69, 79,
 81, 84, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 100, 105,
 107, 109, 111, 114, 115, 116, 118, 120, 126, 128,
 133, 134, 138, 140, 142, 147, 156, 164, 165, 168,
 169, 170, 171, 174, 175, 176, 177, 179, 181, 183,
 185, 188, 189, 197, 226, 228, 230, 234, 239, 243,
 244, 248, 249, 253, 254, 255, 256, 271, 274, 275,
 278, 281, 287, 291, 292, 294, 295, 302, 303, 304,
 305, 306, 307, 308, 315, 317, 320, 323, 328, 329,
 331, 338, 339, 341, 342, 347, 349, 351, 352, 356,
 359, 360, 361, 364, 365, 366, 368, 369, 370, 371,
 373, 374, 378, 380, 381, 382, 387
 rencontre, 11, 25, 26, 30, 45, 46, 61, 73, 77, 80, 108,
 111, 113, 115, 152, 162, 173, 191, 253, 275, 278,
 290, 301, 302, 303, 307, 318, 329, 340, 349, 370
 représentation, 22, 23, 24, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45,
 46, 47, 48, 50, 51, 57, 60, 61, 62, 67, 77, 79, 104,
 112, 113, 129, 132, 136, 138, 140, 141, 142, 153,
 155, 176, 179, 180, 194, 240, 276, 288, 298
 rôle, 1, 9, 15, 16, 21, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35,
 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 55, 56, 57, 59, 60, 61,
 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 80, 84, 98, 108, 111,
 124, 133, 135, 144, 147, 155, 159, 161, 162, 167,
 169, 172, 181, 182, 183, 187, 190, 191, 210, 211,
 230, 240, 243, 260, 268, 271, 283, 292, 311, 313,
 322, 325, 329, 332, 341, 364, 366, 371, 372
 soignant, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 26, 29, 31, 34,
 35, 36, 37, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 55, 59, 60, 63,
 64, 65, 67, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 89,
 91, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 103, 106, 109, 111,
 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 128, 129, 131,
 133, 135, 138, 139, 142, 147, 150, 151, 152, 153,
 155, 157, 158, 160, 162, 163, 164, 165, 167, 168,
 169, 170, 171, 175, 176, 177, 179, 181, 182, 184,
 186, 188, 191, 195, 197, 201, 202, 209, 212, 226,
 228, 232, 234, 235, 236, 237, 239, 242, 243, 245,
 246, 253, 254, 255, 256, 258, 260, 261, 262, 264,
 270, 272, 274, 275, 277, 281, 283, 288, 290, 291,
 292, 294, 295, 296, 300, 303, 304, 308, 311, 314,
 315, 317, 319, 320, 325, 328, 331, 332, 333, 337,
 339, 341, 342, 347, 348, 350, 351, 352, 354, 355,
 356, 357, 358, 359, 362, 364, 366, 368, 370, 378
 soigné, 4, 7, 9, 10, 12, 16, 17, 26, 28, 31, 35, 43, 45,
 47, 48, 52, 57, 59, 75, 78, 79, 91, 93, 94, 106, 109,
 111, 113, 114, 115, 119, 128, 130, 143, 157, 159,
 161, 163, 164, 165, 169, 171, 175, 177, 179, 183,
 188, 190, 210, 222, 223, 227, 228, 234, 235, 242,
 248, 253, 255, 256, 258, 271, 275, 277, 281, 283,
 296, 303, 304, 306, 320, 322, 327, 328, 331, 339,
 341, 342, 347, 350, 351, 352, 359, 363, 364, 373,
 378
 soin, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 20, 22, 29, 36, 37,
 38, 39, 45, 48, 50, 56, 60, 65, 68, 70, 73, 74, 75,
 76, 78, 81, 87, 90, 91, 92, 100, 112, 113, 114, 115,
 119, 120, 128, 133, 141, 148, 152, 154, 163, 164,
 165, 169, 170, 174, 176, 178, 189, 192, 197, 206,

214, 215, 226, 227, 235, 236, 239, 242, 243, 244,
247, 249, 250, 253, 254, 256, 261, 263, 265, 266,
269, 271, 274, 277, 279, 281, 286, 290, 291, 292,
294, 295, 297, 298, 299, 301, 302, 305, 306, 313,
315, 318, 321, 331, 337, 338, 339, 341, 347, 349,
350, 352, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 362, 364,
367, 370, 374, 375, 376, 379

spectateur, 12, 14, 25, 26, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37,
39, 42, 44, 46, 47, 53, 57, 61, 62, 66, 67, 68, 69,
71, 77, 84, 111, 132, 164, 271, 318, 332

temps, 11, 12, 26, 29, 31, 33, 36, 37, 38, 41, 43, 45,
46, 48, 52, 57, 59, 64, 67, 69, 71, 73, 77, 82, 84,
87, 93, 97, 106, 108, 112, 118, 124, 127, 130, 132,
139, 142, 143, 146, 152, 154, 162, 167, 168, 171,
173, 175, 176, 177, 178, 184, 185, 187, 198, 201,
202, 204, 206, 207, 209, 210, 211, 219, 220, 221,
224, 225, 227, 228, 230, 234, 235, 237, 238, 240,
243, 244, 246, 248, 249, 250, 251, 253, 254, 255,
256, 257, 259, 260, 262, 265, 269, 270, 273, 274,
275, 277, 279, 280, 281, 283, 284, 287, 293, 294,
300, 301, 304, 311, 315, 317, 320, 321, 325, 326,
328, 330, 337, 339, 340, 346, 348, 350, 351, 355,
356, 359, 361, 362, 365, 366, 367, 371, 373, 375,
376, 377, 379

théâtre, 12, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30,
31, 33, 35, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49,
50, 53, 57, 60, 61, 67, 72, 73, 74, 77, 78, 80, 81,
82, 84, 108, 128, 133, 161, 164, 191, 193, 271,
276, 278, 318, 329, 342, 350, 366

vertu, 10, 120, 125, 163, 167, 179, 283, 284, 285,
286, 287, 289, 293, 294, 298, 313, 314, 315, 319,
320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 330, 332, 333,
334, 338, 345, 348, 353, 354, 365, 370, 371

BIBLIOGRAPHIE

Corpus du détachement comme valeur éthique

- ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, traduit par Richard Bodéüs, Paris, GF, 2005.
- ARISTOTE, *Poétique*, traduit par Michel Magnien, 18. ed., Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le livre de poche Classique », n° 6734, 2014.
- ARISTOTE, *Rhétorique*, traduit par Charles-Émile Ruelle, traduit par Patricia Vanhemelryck et traduit par Benoît Timmermans, Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le livre de poche Classiques de la philosophie », 2004.
- BEAUCHAMP Tom et CHILDRESS James, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, 2008, vol.1.
- BENAROYO Lazare, *Éthique et herméneutique du soin. La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, PUF, coll. « La nature humaine », 2010.
- BRETON Philippe et LE BRETON David, *Le silence et la parole. Contre les excès de la communication*, Toulouse, ERES, coll. « Hypothèses », 2017.
- BRUGERE Fabienne, *L'éthique du care*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2014.
- CLERO Jean-Pierre, *Calcul moral : comment raisonner en éthique ?*, Paris, Armand Colin, coll. « U. Philosophie », 2011.
- COUILL Michel, « Ballade du café : Devenir de la psychiatrie de la pédagogie du médico-social au regard de l'histoire », 45, mars 2010, p. 83-88, coll. « INSTITUTIONS ».
- DIDEROT Denis, *Discours de la poésie dramatique*, Paris, Larousse, 1987.
- DIDEROT Denis, *Paradoxe sur le comédien*, Paris, Gallimard, coll. « Folioplus », 2009.
- DUPUIS Michel, *Le soin, une philosophie: choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque*, Paris, S. Arslan, 2013.

ECKHART Johannes, *L'amour est fort comme la mort : et autres textes*, traduit par Paul Petit, Paris, Gallimard, coll. « Folio sagesses », 2015.

ÉPICTÈTE, *Manuel suivi des Entretiens rassemblés par Arrien*, traduit par François Thurot, Paris, Librio, coll. « Philosophie », 2014.

ÉPICTÈTE, *Manuel*, traduit par Pierre Hadot, Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le Livre de Poche », 2010.

FRANCEQUIN Ginette, *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, Ramonville Saint-Agne, Erès, coll. « Sociologie clinique », 2008.

GREZES Julie, « Comprendre l'empathie ». Émission France-Culture enregistrée le 23 /11/2017.

GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, N° 89-2, 2007, p. 15.

HARE Richard Mervyn, *Moral thinking: its levels, method, and point*, Oxford: New York, Clarendon Press, Oxford University Press, 1981.

HENDERSON Virginia, *Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII*, Genève, Conseil international des infirmières, 2003.

HIPPOCRATE, *Hippocrate*, traduit par François-Christophe-Florimond de Mercy, Hippocrate, coll. « Paris : Béchét Jeune, 1832 ».

HOURCADE Annie, « La bienveillance dans la problématique du conseil chez Aristote », *Phoenix*, 72, 2018, pp. 86-104.

HOURCADE Annie, « Bienveillance et prise en compte de la vulnérabilité », *Les ateliers de l'éthique*, 12-2-3, 2017, p. 205.

HUME David, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions (Traité de la nature humaine, Livre II)*, traduit par Jean-Pierre Cléro, Paris, Flammarion, 2015.

KANT Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, traduit par Victor DELBOS, Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le livre de poche Classiques de la philosophie », n° 4622, 1993.

LA BOETIE Étienne de, *Discours de la servitude volontaire*, Paris, FG, 2015.

LANÇON Philippe, *Le lambeau*, Paris, Gallimard, 2018.

LE COZ Pierre, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, 535, juillet 2010, pp. 57-60.

LE COZ Pierre, « Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale.pdf », *GoogleDocs*.

MARZANO Michela, *L'éthique appliquée*, 2e ed., Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2010.

MEYER Michel, *La morale de Hume*, Paris, Vrin, 2013.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Charte du patient hospitalisé*, 1995.

MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra et PAPERMAN Patricia, *Qu'est-ce que le care : souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, 2009.

MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, Paris, Dispute, coll. « legenredumonde », 2013.

NEILL Alexander Sutherland, *Libres enfants de Summerhill*, traduit par Micheline Laguihomie, 293e-303e mille éd., Paris, Maspero, coll. « Textes à l'appui. Série pédagogique », 1978.

NUSSBAUM Martha Craven, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, traduit par Roland Frapet et traduit par Gérard Colonna d'Istria, Paris, Éditions de l'éclat, 2016.

- OGIEN Ruwen, *L'éthique aujourd'hui : maximalistes et minimalistes*, Paris, Gallimard, 2007.
- RAMEIX Suzanne, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, ellipses, coll. « Sciences humaines en Médecine », 1996.
- RAWLS John, *Théorie de la justice*, traduit par Catherine Audard, 1^e éd., Paris, Points, coll. « Essais », 2009.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, 1^{es} éditions, Paris, Éditions du Seuil, coll. « Essais », 2015.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Discours sur les sciences et les arts Discours sur l'origine de l'inégalité*. Chronologie et introduction par Jacques Roger, Paris, GF, 1971.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Émile ou De l'éducation*, Flammarion, Paris, GF, 2009.
- SAINT THOMAS D'AQUIN, « Somme théologique, Prima secundae, Ia IIae », *Les œuvres complètes de saint Thomas d'Aquin docteur angelique*, 1865,
<http://docteurangelique.free.fr/bibliotheque/sommes/2sommetheologique1a2a.htm>.
- SENEQUE, *Tranquillité de l'âme.*, traduit par Juliette Dross, POINTS, 2014.
- SMITH Adam, *Théorie des sentiments moraux*, traduit par Michaël Biziou, traduit par Claude Gautier et traduit par Jean-François Pradeau, 2^e éd., Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2011.
- SVANDRA Philippe, *Éloge du soin: une éthique au cœur de la vie : sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant*, Paris, S. Arslan, 2009.
- WINNICOTT Donald, *L'enfant et sa famille*, 2006^e éd., Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».

Bibliographie générale

ADICEOM Françoise, *Distance professionnelle et qualité du soin : distance et affectivité, distance et déshumanisation, enjeux individuels et collectifs*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2007.

AÏCHA ALAOUI Thérèse, « Apprendre en collaboration avec les autres. Le travail en équipe, théorie et pratique. », *Faculté des sciences de l'éducation*, septembre 1996, p. 27.

ANDRE Christophe, JOLLIEN Alexandre et RICARD Matthieu, *Trois amis en quête de sagesse*, Paris, L'Iconoclaste Allary éditions, 2015.

ANSCOMBE G. E. M, *L'intention*, traduit par Mathieu MAURICE et traduit par Cyrille Michon, Paris, nrf, 2002.

ARENDT Hannah, *Condition de l'homme moderne*, traduit par Georges Fradier, Paris, Calmann-Lévy, 2018.

ARENDT Hannah, *Journal de pensée*, traduit par Sylvie Courtine-Denamy, Paris, Seuil, 2005, vol. 2.

ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, traduit par Richard Bodéüs, Paris, GF, 2005.

ARISTOTE, *Œuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2014.

ARISTOTE, *Poétique*, traduit par Michel Magnien, 18. ed., Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le livre de poche Classique », n° 6734, 2014.

ARISTOTE, *Rhétorique*, traduit par Charles-Émile Ruelle, traduit par Patricia Vanhemelryck et traduit par Benoît Timmermans, Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le livre de poche Classiques de la philosophie », 2004.

BA Idrissa, FAYE Papa Lamine et THIAM Mamadou Habib, « Comment penser l'enfance ici et ailleurs ? », *Spirale*, vol.79, 21 octobre 2016, pp. 32-40.

BEAUCHAMP Tom et CHILDRESS James, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, 2008, vol.1.

BEAUJEAN A., *Dictionnaire de la langue Française : abrégé du dictionnaire de Littré*, Paris, Librairie Générale Française, coll. « Classiques modernes », 1990.

BELLEGUIC Thierry, CLERO Jean Pierre, BOSS Gilbert, DUMOUCHEL Daniel et BOZZO-REY Malik, *Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, Paris, Hermann, coll. « Les discours de la sympathie », 2014.

BENAROYO Lazare, *Éthique et herméneutique du soin. La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, PUF, coll. « La nature humaine », 2010.

BENAROYO Lazare, *Éthique et responsabilité en médecine*, Genève, Médecine et Hygiène, coll. « Médecine société », 2006.

BENAROYO Lazare, Worms Frédéric, MINO Jean Christophe, LEFEVE Céline et KENTISH-BARNES Nancy, *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

BENAROYO Lazare, « [Ttps://www.espace-ethique.org/ressources/article/lemergence-de-la-bioethique](https://www.espace-ethique.org/ressources/article/lemergence-de-la-bioethique) », *L'émergence de l'éthique*, 19 mai 2014.

BERGSON Henri, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, PUF, coll. « Quadrige », 2013.

BERTI Eduardo, *Une présence idéale : roman*, Paris, GF, 2017.

BESANCENEY Jean-Claude, *L'Éthique et les soignants*, Paris, Lamarre, 1996.

BEYER DE RYKE Benoît, *Maître Eckhart : une mystique du détachement*, Vrin, Bruxelles : Paris, Ousia, coll. « Figures illustres », 2000.

BIOETHIQUE : UNE APPROCHE HISTORIQUE, Découvertes scientifiques, évolutions de la société, travaux législatifs (juillet 2000) », *Assemblée nationale*, 2000, www.assemblee-nationale.fr/121/dossiers/bioethique-2-asp.

BIOY Antoine, « Vers une réflexion clinique autour des soins palliatifs », *Perspectives Psy*, vol.47, n°3, 2008, pp. 215-216.

BITZ Joanna, « L'éthique du care », *Éthique & Santé*, vol.6, n°1, mars 2009, pp. 25-31.

BLOOM Paul, *Against empathy: the case for rational compassion*, London, Vintage, 2018.

BOCH Anne Laure, « Médecine technique, médecine tragique : le tragique, sens et destin de la médecine moderne », *Thèse en Philosophie*, Marne La Vallée, 2006. Directeur de thèse Folscheid Dominique.

BOLTANSKI Luc, *L'amour et la justice comme compétences : trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Métailié, coll. « Collection Leçons de choses », 1990.

BONNET Doris, « L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? », *Autrepart*, vol. 28, n°4, 2003, pp. 5-19.

BORDEYNE Philippe, « La référence à la vulnérabilité en éthique de la santé : défis et chances pour la foi chrétienne », *Revue d'éthique et de théologie morale*, vol. 239, n°2, 2006, p. 45.

BOSS Gilbert, *Sympathie et causalité chez Hume : Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, Paris, Hermann, coll. « Les discours de la sympathie », 2014.

BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*, Paris, Éditions du Seuil, 1996.

BOURGEOIS Françoise, New York, Medsi-McGraw-Hill, coll. *Encyclopédie des soins infirmiers*, 1989.

BOURGEON Dominique, « Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital », *Revue du MAUSS*, vol.41, n°1, 2013, p. 153.

BOZZO-REY Malik, *La sympathie à l'épreuve de la théorie du droit benthamien : Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, Paris, Hermann, coll. « Les discours de la sympathie », 2014.

BRETON Philippe et LE BRETON David, *Le silence et la parole. Contre les excès de la communication*, Toulouse, ERES, coll. « Hypothèses », 2017.

BROGOWSKI Leszek, « [Http://pratiques-picturales.net/article25.html](http://pratiques-picturales.net/article25.html) », n° 02, décembre 2015.

BRUGERE Fabienne, « Le Care concept moral et politique », *L'Express par Rebecca Benhamou*, 3 mai 2013.

BRUGERE Fabienne, *L'éthique du care*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2014.

BUZZATI Dino, *Le désert des Tartares*, traduit par Michel Arnaud, Paris, Robert Laffont, coll. « Pocket », 2014.

CAMUS Albert, *L'envers et l'endroit*, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 2010.

CAMUS Albert, *L'Homme révolté*, Paris, Gallimard, 2013.

CAMUS Albert, *La peste*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio », n° 42, 2015.

CAMUS Albert, *Noces*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio », n° 16, 1999.

CANGUILHEM Georges, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, coll. « Champ freudien », 2002.

CANGUILHEM Georges, *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, 7. éd. augm., réimpr., Paris, Vrin, coll. « Problèmes et controverses », 2002.

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, 12e édition, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2013.

CAUSSE Jean-Daniel, *L'instant d'un geste : le sujet, l'éthique et le don*, Genève, Labor et Fides, coll. « Le champ éthique », 2008.

Charte du patient hospitalisé :

[//Solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf](http://Solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf), 2006.

CLERO Jean Pierre, « L'intimité est-elle une valeur éthique ? », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol.3, n°1, janvier 2017, pp. 141-150.

CLERO Jean Pierre, *Endroit et envers de la critique par Scheler de la conception anglaise de la sympathie au XVIIIe siècle. Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles. Les discours de la sympathie*, Paris, Hermann, coll. « Les discours de la sympathie », 2014.

CLERO Jean Pierre, *La philosophie des passions chez David Hume*, Paris, Klincksieck, coll. « Philosophia », n° 9, 1985.

CLERO Jean-Pierre, « L'utilitarisme est-il une éthique acceptable ? », *Revue d'études benthamiennes*, vol. 9, 15 septembre 2011, <http://journals.openedition.org/etudes-benthamiennes/464>.

CLERO Jean-Pierre, « Moore et l'utilitarisme », *Revue d'études benthamiennes*, 3, 1 juillet 2009, p. 25-36.

CLERO Jean-Pierre, *Calcul moral : comment raisonner en éthique ?*, Paris, Armand Colin, coll.« U. Philosophie », 2011.

CLERO Jean-Pierre, *Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, Paris, Hermann, coll. « Les discours de la sympathie », 2014, vol. II.

CLERO Jean-Pierre, *Hume : une philosophie des contradictions*, Paris, Vrin, coll. « Bibliothèque des philosophies », 1998.

COBBAUT Jean Philippe, *Quelle tâche pour une éthique du soin aujourd'hui ? Assurer l'articulation de la sémantique et du pragmatique. La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010.

COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, Paris, Le Livre de Poche, coll. « Documents », 2018.

CONSEIL NATIONAL de l'ordre des médecins, *Code de déontologie médicale*, 2020.

Corbin Alain, *Histoire du silence : de la Renaissance à nos jours*, Paris, Albin Michel, 2016.

COUDRAY Marie-Ange, *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, Paris, Seli Arslan, 2006.

COUILL Michel, « Ballade du café : Devenir de la psychiatrie de la pédagogie du médico-social au regard de l'histoire. », vol. 45, mars 2010, pp. 83-88, coll. « Institutions ».

DELASSUS Éric, « Analyse critique du principisme en éthique biomédicale », *Sciences de l'homme et Société/Philosophie*, 10 mars 2017.

DELAVIGNE Valérie, « Des termes des experts aux mots des patients : un discours à construire. Analyse de discours et demande sociale : enjeux théoriques et méthodologiques. » *Archives ouvertes HAL Rouen* 2008.

DELEUZE Gilles, *Pourparlers, 1972-1990*, Paris, Éditions de Minuit, 2003.

DEMANGE Dominique, La « définition » aristotélicienne de l'âme », *Le Philosophoire*, vol. 21, n°3, 2003, p. 65.

DERRIDA Jacques, « Penseur de l'événement »,

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/expliquez-moi-derrida-34-contre-la-fin-du-monde>

DESCARTES René, *Les passions de l'âme*, Paris, GF, coll. « GF », n° 865, 1996.

DEWITTE Jacques, *Le pouvoir de la langue et la liberté de l'esprit : essai sur la résistance au langage totalitaire*, Paris, Michalon, 2007.

DEWITTE Jacques, « La lignification de la langue », *La Revue* 2010/3, vol. 58, pp. 47-54, coll. « Hermès ».

LE LAROUSSE, « Définition éthique médicale »,

https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/%C3%A9thique_m%C3%A9dicale/18590
7.

DICTIONNAIRE MEDICALE,

<https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/800-autonomie/>.

DIDEROT Denis, « Entretiens », *Centre de recherche sur la culture, les musées et la diffusion du savoir*, 2001.

DIDEROT Denis, *Discours de la poésie dramatique*, Paris, Larousse, 1987.

DIDEROT Denis, *Paradoxe sur le comédien*, Paris, Gallimard, coll. « Folioplus », 2009.

DINECHIN Olivier de, « Les poussées d'un droit à la santé », *Revue Projet*, vol. 304, n°3, 2008, p. 37.

DJIAN Philippe, FERRY Luc, RUEDI Imbach, JAUME Lucien et RAYNAUD Philippe, « La Liberté, les textes fondamentaux », *Express*, Hors-série-29, octobre 2010, p. 130.

DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline et MASQUELET Alain Charles, *Soin et subjectivité*, Paris, PUF, coll. « Science, histoire et société dans Les Cahiers du Centre Georges-Canguilhem », 2011.

- DORTIER Jean-François, « L'empathie », *Sciences Humaines*, vol. 293, juin 2017, p. 28.
- DUGRAVIER-GUERIN Nathalie, *La relation de soin : approches éthiques et philosophiques : du corps au visage*, Paris, Seli Arslan, 2010.
- DUMOUCHEL Daniel, *Sympathie et passions : Hume et les paradoxes de la fiction : Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, Paris, Hermann, coll. « Les discours de la sympathie », 2014.
- DUPUIS Michel, *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*, Paris, Seli Arslan, 2014.
- DUPUIS Michel, *Le soin, une philosophie : choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque*, Paris, S. Arslan, 2013.
- DURKHEIM Émile, *De la division du travail social*, Paris, PUF, 2013.
- ECKHART Johannes, *L'amour est fort comme la mort : et autres textes*, traduit par Paul Petit, Paris, Gallimard, coll. « Folio sagesses », 2015.
- EHRENBERG Alain, *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, coll. « Essai. Société », 1991.
- EL MURR Dimitri, « La division et l'unité du politique de Platon », *Les Études philosophiques*, vol.74, n°3, 2005, p. 295.
- ÉPICTÈTE, *Manuel suivi des Entretiens rassemblés par Arrien*, traduit par François Thurot, Paris, Libro, coll. « Philosophie », 2014.
- ÉPICTÈTE, *Manuel*, traduit par Pierre Hadot, Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le Livre de Poche », 2010.
- ÉPICTÈTE, *Sentences et fragments*, traduit par Olivier D'Jeranian, Paris, Éditions Manucius, coll. « Le philosophe », 2014.

FIAT Éric, « www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie ».

FAGOT-LARGEAULT Anne, « Éthique médicale et biomédicale : une éthique appliquée », *Revue française des affaires sociales*, vol.1, n°3, 2002, p. 291.

FAGOT-LARGEAULT Anne, « L'émergence de la bioéthique », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, vol.129, n°3, 2004, p. 345.

FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et philosophie*, 1. ed., Paris, PUF, coll. « Éthique et philosophie morale », 2010.

FIAT Éric, *Petit traité de dignité grandeurs et misères des hommes*, Paris, Larousse, 2012.

FLEURY Cynthia, *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard, coll. « Tracts », 2019, vol.6.

FLEURY Cynthia, sur le courage, France Inter, « [Suspend ton vol](#) ».24/12/2019.

FOUCAULT Michel, 1976 - 1988, Gallimard, coll. « *Dits et écrits. 1954 -1988* », 2017.

FOURNIER Véronique, *La mort est-elle un droit?*, La documentation Française, coll.« Doc'en poche », 2016.

FOWLER Marsha D. M et LEVINE-ARIFF June, *Éthique des soins infirmières*, traduit par

FRANCEQUIN Ginette, *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, Ramonville Saint-Agne, Erès, coll. « Sociologie clinique », 2008.

FRITSCH Laurence, *Le livre du Tao d'aujourd'hui : être, aimer, diriger, créer*, Paris, Solar, 1992.

GARY Romain, *La promesse de l'aube*, Éd. Définitive, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio », n° 373, 2001.

- GEADAH Roland-Ramzi, « Regards sur l'évolution des soins : Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 109, n°2, 2012, p. 16.
- GILLIGAN Carol, *Une voix différente : pour une éthique du « care »*, traduit par Annick Kwiatek, GF, coll. « Champs essais », 2017.
- GODBOUT T. Jacques, « Le don au-delà de la dette », *Revue du MAUSS*, vol.27, n°1, 2006, p. 91.
- GOIFFON Bernard, « Pourquoi avons-nous besoin d'être aimé ? », *Philosophie Magazine*, vol.121, août 2018, p. 8.
- GRAFTIEAUX Jean-Pierre, *Le soignant et sa conscience la relation clinique comme présence à l'autre et expérience de l'Être*, Paris, Seli Arslan, 2011.
- GREZES Julie, « Comprendre l'empathie », www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie.
- GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 89, n°2, 2007, p. 15.
- HARE Richard Mervyn, *Moral thinking: its levels, method, and point*, Oxford: New York, Clarendon Press, Oxford University Press, 1981.
- HENDERSON Virginia, *Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII*, Genève, Conseil international des infirmières, 2003.
- HIPPOCRATE, *Hippocrate*, traduit par François-Christophe-Florimond de Mercy, Hippocrate, coll. « Paris : Béchét Jeune, 1832 ».
- HIRSCH Emmanuel, « Éthique hospitalière et relation de soin », *Laennec*, vol. 51, n°3, 2003, p. 7.

HOCHMANN Jacques, *Une histoire de l'empathie*, Odile Jacob, 2012.

HOTTOIS Gilbert, « Éthique de la responsabilité et éthique de la conviction », *Laval théologique et philosophique*, vol. 52, n°2, 1996, p. 489.

HOURCADE Annie, « La bienveillance dans la problématique du conseil chez Aristote », *Phoenix*, vol. 72, 2018, pp. 86-104.

HOURCADE Annie, « Vertus du patient et éthique des vertus », *Ethics, Medicine and Public Health*, 6, juillet 2018, pp. 1-11.

HOURCADE SCIOU Annie, « Bientraitance et prise en compte de la vulnérabilité », *Les ateliers de l'éthique*, vol. 12, n°2-3, 2017, p. 205.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=0DDA9580325C2343F220FBBBA8682565.tplgfr29s_1?cidTexte=JORFTEXT000000227015&idArticle=LEGIARTI000006697395&dateTexte=20050422&categorieLien

HUME David, *Dissertation sur les passions ; suivie de Des passions* (Traité de la nature humaine, Livre II), traduit par Jean-Pierre Cléro, Paris, Flammarion, 2015.

HUME David, *Traité de la nature humaine*, traduit par Philippe Saltel, traduit par Philippe Baranger et par Jean-Pierre Cléro, Paris, GF, 1991, vol.Livre II.

HUME David, *Traité de la nature humaine*, traduit par Philippe Saltel et traduit par Jean-Pierre Cléro, Paris, GF, 1991, vol. Livre I.

HUME David, *Traité de la nature humaine*. Essai pour introduire la méthode expérimentale dans les sujets moraux, traduit par André-Louis LEROY, Aubier, coll. « Bibliothèque philosophique », 1973, vol.2.

HUSTVEDT Siri, *Élégie pour un Américain roman*, traduit par Christine LE BOEUF, Montréal, Actes Sud ; Leméac, coll. « Babel », 2010.

IACUB Marcela, Fragues Nicolas, Delacroix Vincent, « Pourquoi avons-nous besoin d'être aimés ? », *Philosophie magazine*, pp. 50 à 66.

JANKELEVITCH Vladimir, Barillas Laure, Guinfolleau Pierre-Alban et Worms Frédéric, *L'aventure, l'ennui, le sérieux*, Flammarion Paris, 2017.

JOLLIEN Alexandre, *Le métier d'homme ; suivi de La pratique spirituelle, un autre nom pour le métier d'homme* (entretien avec Bernard Campan), Seuil, n° 705, 2013.

JOLLIEN Alexandre, *Petit traité de l'abandon : pensées pour accueillir la vie telle qu'elle se propose*, Points, coll. « Essais », 2015.

JONAS Hans, *Une Éthique pour la nature*, traduit par Sylvie COURTINE-DENAMY, Paris, Desclée de Brouwer, coll. « Midrash Essais », 2000.

KABAT-ZINN Jon, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress, basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines*, Paris, J'ai lu, coll. « Bien-être », 2014.

KAMBOUCHNER Denis, éd., *Notions de philosophie*, Paris, Gallimard, coll. « Collection Folio/essais », n° 277-279, 1995.

KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, traduit par Michel FOUCAULT, 6. tirage., Paris, Vrin, coll. « Bibliothèque des textes philosophiques », 1991.

KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, traduit par Alain RENAUT, Paris, GF, 2000.

KANT Emmanuel, *Critique de la raison pratique*, traduit par Jean-Pierre FUSSLER, Paris, GF, coll. « GF », n° 1090, 2003.

KANT Emmanuel, *Critique de la raison pure*, traduit par Alain RENAUT, 3. éd., corr., Paris, GF, coll. « GF : Texte intégral », n° 1304, 2006.

KANT Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, traduit par Victor DELBOS, Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le livre de poche Classiques de la philosophie », n° 4622, 1993.

KANT Emmanuel, *Métaphysique des mœurs*, Pt. 1 : Doctrine du droit, traduit par A. Philonenko, 5. éd., Paris, Vrin, 1993.

KENTISH-BARNES Nancy, *Vécu de la parole en réanimation. La philosophie du soin*, Paris, PUF, 2010.

KERANGAL Maylis de, *Réparer les vivants*, Paris, Gallimard, coll. « Collection folio », n° 5942, 2015.

KORFF-SAUSSE Simone, *Aux sources de l'éthique : les enjeux psychiques de la relation de soin*. La philosophie du soin : éthique, médecine et société, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

KOUCHNER Bernard, *Droits des malades et qualité du système de santé*, 2002, vol.MESX0100092L.

KOUCHNER Bernard, *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002*, 2002, vol.MESX0100092L.

LA BOETIE Étienne de, *Discours de la servitude volontaire*, Paris, FG, 2015.

LABORIT Henri, *Éloge de la fuite*, Paris, Gallimard, coll. « Collection folio Essais », n° 7, 1985.

LACROIX Camille, « Amélioration de la qualité de vie de personnes atteintes de cancer et participant à un programme de Mindfulness-Based Stress Reduction : quels facteurs

prédictifs », *Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine*, Lille, 2016. Directeur de thèse Heitzmann Patrick.

LADRIERE Jean, « L'éthique dans l'univers de la rationalité », *Revue philosophique de Louvain*, vol. 4, n°97, 1999, pp. 178-186.

LALANDE André et POIRIER René, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 3e édition., Paris, PUF, coll. « Quadrige Dicos Poche », 2010.

LAMARTINE Alphonse de et Guyard Marius-François, *Méditations poétiques : nouvelles méditations poétiques suivies de Poésies diverses*, Ed. rev. et Compl., Paris, Gallimard, coll.« Collection poésie », n° 145, 1998.

LANÇON Philippe, *Le lambeau*, Paris, Gallimard, 2018.

LE COZ Pierre, « Ce qui rend nos décisions plus humaines », *Revue hospitalière*, vol. 535, juillet 2010, pp. 57-60.

Le Coz Pierre, « L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital », *Revue de philosophie économique*, vol. 10, n°1, 2009, p. 35.

Le Coz Pierre, « Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale.pdf », *Google Docs*,
https://drive.google.com/file/d/1qYRsCPcPwwop4_JIer8sBZXwpknmPVd/view?usp=sharing&usp=embed_facebook.

LEFEBVRE Olivier, « La communauté universitaire - Outils et services numériques », <http://communaute-universitaire.univ-rouen.fr/outils-et-services-numeriques-204740.kjsp>.

LEFEVE Céline, *La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010.

- LENOIR Frédéric, *Le miracle Spinoza : une philosophie pour éclairer notre vie*, Paris, Fayard, 2017.
- LES TRIBUNES de la santé, 8-3, 2005, p. 31-39.
- LEVI Carlo et MODIGLIANI Jeanne, *Le Christ s'est arrêté à Eboli*, Paris, Gallimard, coll., « Folio », 2010.
- LOMBARD Jean, *Éthique médicale et philosophie : l'apport de l'antiquité*, Paris, L'Harmattan, 2009.
- LOMBARD Jean, *La pratique, le discours et la règle Hippocrate et l'institution de la médecine*, Paris, L'Harmattan, 2015.
- LOMBRAIL Pierre et PASCAL Jean, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, vol. 8, n°3, 2005, pp. 31-39.
- LUHMANN Niklas, « Confiance et familiarité : Problèmes et alternatives », *Réseaux*, vol.108, n°4, avril 2001, pp. 15-35.
- MACHIAVEL Nicolas, *Le Prince : suivi de choix de lettres*, traduit par Jean Anglade, Paris, Lib. Antoine, 1983.
- MALHERBE Jean François, *Pour une éthique de la médecine*, Paris, Larousse, 1987.
- MARC AURELE, *Pensées : livres I-VI*, traduit par Émile Bréhier, Paris, Gallimard, coll. « Folio sagesses », 2015.
- MARCHAL Hervé, « La relation de soin éthique ou l'art de conjuguer le singulier au pluriel », *Éthique & Santé*, vol. 6, n°4, décembre 2009, pp. 181-186.
- MARESCOTTI Gineste, « Philosophie des soins, qu'est-ce qu'être soignant? », *Soins corps et communication*, 2006.

MARIN Claire, *Violences de la maladie, violence de la vie*, 2e éd., Paris, Armand Colin, 2015.

MARZANO Maria Michela, *Secret privé et secret politique l'illusion de la transparence*, Paris, PUF, 2006.

MARZANO Maria Michela, *L'éthique appliquée*, 2e éd., Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2010.

MASQUELET Alain Charles, « La décision médicale, entre méthode et dilemmes », www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie.

MASQUELET Alain Charles, *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

MATTEI Jean-François, *La barbarie intérieure : essai sur l'immonde moderne*, 1re éd., Paris, PUF, coll. « Intervention philosophique », 1999.

MAUSS Marcel, *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, 1. éd, 4. tirage, Paris, PUF, coll. « Quadrige Grands Textes », 2010.

MERCADIER Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, 2e éd., Seli Arslan, 2017.

MEYER Michel, *La morale de Hume*, Paris, Vrin, 2013.

MILL John Stuart, *De la liberté*, traduit par Laurence Lenglet et traduit par Pierre Bouretz, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », n° 142, 2002.

MINO Jean Christophe, *Dire ou ne pas dire*, La philosophie du soin : éthique, médecine et société, Paris, PUF, 2010.

MOLINIER Pascale, *L'énigme de la femme active : égoïsme, sexe et compassion*, Paris, Payot, 2003.

MOLINIER Pascale, Laugier Sandra et Paperman Patricia, *Qu'est-ce que le care : souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot, 2009.

MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, Paris, Dispute, coll. « legenredumonde », 2013.

MONTAIGNE Michel Eyquem de, *Essais* : édition présentée, établie et annotée par Pierre Michel, Paris, Livre de Poche, coll. « Le livre de poche », n° 1393, 1972, vol. 3/1.

MONTAIGNE Michel Eyquem de, *Essais* : édition présentée, établie et annotée par Pierre Michel, Paris, Livre de Poche, coll. « Le livre de poche », n° 1395, 1972, vol. 3/2.

MONTAIGNE Michel Eyquem de, *Essais* : édition présentée, établie et annotée par Pierre Michel, Paris, Livre de Poche, coll. « Le livre de poche », n° 1397, 1972, vol. 3/3.

MONTESQUIEU Charles Louis de Secondat de, *Œuvres complètes de Montesquieu*. Prépubl. *De l'esprit des lois* : livres I et XIII (imprimé et manuscrit), Oxford, Voltaire Foundation [u.a.], 1998.

MOUTON Yann, *Pitié et sympathie chez Rousseau : Enjeux philosophiques et migrations conceptuelles*, Paris, Hermann, coll. « Les discours de la sympathie », 2014.

MUDRY Philippe, « Medicus amicus : un trait romain dans la médecine antique », vol.37, *Cahiers* 1-2, 1980, p. 17, coll. « Gesnerus : Swiss Journal of the history of medicine and sciences ».

NADOT Michel, « Au commencement était le “prendre soin”. », *Savoirs et soins infirmiers*, 2009, p. 4, coll. « EMC ».

NADOT Michel, « L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 98, n°3, 2009, p. 12.

NADOT Michel, « Recherche fondamentale en science infirmière : La recherche historique sur les fondements d'une discipline », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 109, n°2, 2012, p. 57.

NEILL Alexander Sutherland, *Libres enfants de Summerhill*, traduit par Micheline Laguihomie, 293e-303e mille éd., Paris, Maspero, coll. « Textes à l'appui. Série pédagogique », 1978.

NGONO Basile, « Hôpital et hospitalité : aux fondements d'un lien indissoluble », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, n°4, 2014, p. 17.

NIETZSCHE Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra : un livre pour tous et pour personne*, traduit par Georges-Arthur Goldschmidt, Paris, Le Livre de Poche®, coll. « Le livre de poche Classiques de la philosophie », n° 987, 2005.

NIETZSCHE Friedrich, *La naissance de la tragédie : ou hellénisme et pessimisme ; précédé de l'Essai d'autocritique*, traduit par Patrick Wotling, Nouvelle édition., Paris, Librairie générale française, coll. « Le livre de poche Classiques de la philosophie », n° 32696, 2013.

NIETZSCHE Friedrich, *Le gai savoir*, traduit par Patrick Wotling, Paris, GF, 2017.

NUROCK Vanessa, *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Paris, PUF, coll. « Débats philosophiques », 2010.

NUSSBAUM Martha Craven, *La fragilité du bien : Fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, traduit par Roland Frapet et traduit par Gérard Colonna d'Istria, Paris, Éditions de l'éclat, 2016.

NUSSBAUM Martha Craven, *Les émotions démocratiques : comment former le citoyen du XXIe siècle?*, traduit par Solange Chavel, Paris, Climats, 2011.

- OGIEN Ruwen, *L'éthique aujourd'hui : maximalistes et minimalistes*, Paris, Gallimard, 2007.
- OSTERVALD, *La Sainte Bible*, 1ère édition 1904, Nabu Press, 2013.
- PANDELE Sylvie, *La grande vulnérabilité : fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement*, Paris, Seli Arslan, 2010.
- PAPERMAN Patricia, *Care et sentiments*, Paris, PUF, coll. « Care studies », 2013.
- PASCAL Blaise, *Pensées*, 1e éd., Paris, Librairie Générale Française, coll. « Le livre de poche Classique », n° 16069, 2000.
- PELLEGRINO Edmund D. et Thomasma David C., *The Virtues and Medical Practice*, 1ère., New York, Oxford University Press, 1993.
- PELLUCHON Corine, *L'autonomie brisée : bioéthique et philosophie*, Paris, PUF, coll. « Léviathan », 2009.
- PERRON Louis, « Au croisement de l'universel et du particulier : l'éthique selon Jean Ladrière », *Laval théologique et philosophique*, vol. 62, n°1, 19 septembre 2006, pp. 91-109.
- PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité : pour une philosophie du soin*, Paris, PUF, coll. « La nature humaine », 2010.
- PLATON, *Gorgias*, traduit par Monique Canto, Paris, GF, 1993.
- PLATON, *La République*, traduit par Georges LEROUX, 2. éd. corr., Paris, GF, coll. « Flammarion texte intégral », n° 653, 2004.
- PLATON, *Le sophiste*, traduit par Nestor-Luis Cordero, Paris, GF, n° 1269, 2008.
- PLATON, *Les lois*, traduit par Luc Brisson et traduit par Jean-François Pradeau, Paris, GF, 2006.

PLATON, *Œuvres complètes*, traduit par Luc Brisson et traduit par Louis André Dorion, Paris, GF, 2008.

PLATON, *Phèdre Suivi de La Pharmacie de Platon / de Jacques Derrida.*, traduit par Luc Brisson, Paris, GF, n° 1268, 2008.

POMMIER Éric, *Hans Jonas et le principe responsabilité*, 1re édition., Paris, PUF, coll. « Philosophies », n° 221, 2012.

RACAMIER Paul Claude, *Le génie des origines : psychanalyse et psychoses*, Paris, Éditions Payot, coll. « Bibliothèque scientifique Payot », 1992.

RAMEIX Suzanne, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, ellipses, coll. « Sciences humaines en Médecine », 1996.

RAWLS John, *Théorie de la justice*, traduit par Catherine AUDARD, 1e éd., Paris, Points, coll. « Essais », 2009.

REGY Claude, « La Grande Tables des Idées », www.franceculture.fr/emissions.

RICŒUR Paul, *Le volontaire et l'involontaire*, Paris, Éd. Points, coll. « Philosophie de la volonté », 2009.

RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, 1e édition., Paris, Éditions du Seuil, coll. « Essais », 2015.

RICŒUR Paul, *Vivant jusqu'à la mort : suivi de, Fragments*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 2007.

RICOT Jacques, *Du bon usage de la compassion*, 1re édition., Paris, PUF, coll. « Care studies », 2013.

ROJAS Maria Andréa, « La "parrêsia", une éthique de la vérité. », Paris-Est, Paris, 2012.
Directeur de thèse Gros Frédéric.

- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Discours sur les sciences et les arts Discours sur l'origine de l'inégalité*. Chronologie et introduction par Jacques Roger, Paris, GF, 1971.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Du contrat social*, Paris, GF, coll. « GF », n° 1058, 2001.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Émile ou De l'éducation*, Flammarion., Paris, GF, 2009.
- ROY David J, *La bioéthique : ses fondements et ses controverses*, Saint-Laurent, Québec, Ed. du renouveau pédagogique, 1995.
- RUSHDIE Salman, *Les enfants de minuit*, traduit par Jean Guiloineau, Paris, Gallimard, coll. « Folio », n° 5029, 2015.
- SAINT THOMAS D'AQUIN, « Somme théologique, Prima secundae, Ia IIae », *Les œuvres complètes de saint Thomas d'Aquin docteurangelique*, 1865, <http://docteurangelique.free.fr/bibliotheque/sommes/2sometheologique1a2a.htm>.
- SARTRE Jean-Paul, *Esquisse d'une théorie des émotions*, Paris, Hermann, coll. « Le livre de poche Références Philosophie », n° 465, 2008.
- SCHELER Max, *Nature et formes de la sympathie contribution à l'étude des lois de la vie affective*, Paris, Payot et Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2003.
- SCHOPENHAUER Arthur, *Le monde comme volonté et comme représentation* 1. 1, traduit par Christian Sommer, traduit par Vincent Stanek et traduit par Marianne Dautrey, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », n° 522, 2009.
- SENEQUE, *Tranquillité de l'âme.*, traduit par Juliette Dross, Points, 2014.
- SICARD Didier, *Hippocrate et le scanner : réflexions sur la médecine contemporaine : entretiens avec Gérard Haddad*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. « Esculape », 1999.

SMITH Adam, *Théorie des sentiments moraux*, traduit par Michaël Biziou, traduit par Claude Gautier et traduit par Jean-François Pradeau, 2e éd., Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2011.

SPINOZA Baruch, *Éthique*, traduit par Bernard Pautrat, Paris, Points, 2010.

SVANDRA Philippe, « Le care, un travail entre production, action et pensée », *Éthique & Santé*, vol. 6, n°1, mars 2009, pp. 32-36.

SVANDRA Philippe, « Peut-on parler d'une éthique du care ? », *Gestions Hospitalières*, vol. 482, janvier 2019, pp. 10-13.

SVANDRA Philippe, « Repenser l'éthique avec Paul Ricœur : Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 124, n°1, 2016, p. 19.

TRONTO Joan C, *Un Monde vulnérable : pour une politique du care*, Paris, Découverte, 2009.

VAN RETH Adèle,

« [Aristote et Platon, faut-il être prudent](http://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie) », www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie

WEBER Max, *Le savant et le politique*, traduit par Julien Freund et traduit par Éric de Dampierre, 10/18, 2012.

WINNICOTT Donald, *L'enfant et sa famille*, 2006^e éd., Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot ».

WITTGENSTEIN Ludwig et Engelmann Paul, *Lettres, rencontres, souvenirs*, traduit par François Latraverse, Paris, L'Éclat, coll. « Philosophie imaginaire », 2010.

WOLFF Francis, *Trois utopies contemporaines*, Paris, Fayard, 2017.

WORMS Frédéric, *Le moment du soin : à quoi tenons-nous?*, 1ere éd., Paris, PUF, coll.« Éthique et philosophie morale », 2010.

WORMS Frédéric, *Revivre : éprouver nos blessures et nos ressources*, Paris, GF, coll. « Champs essais », 2015.

WORMS Frédéric, *Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité. La philosophie du soin : éthique, médecine et société*, Paris, PUF, 2010.

YOURCENAR Marguerite, *Le tour de la prison*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 2013.

ZIELINSKI Agata, « L'éthique du *care*, une nouvelle façon de soigner », *Études*, vol. 413, décembre 2010, pp. 631-641.

ZIELINSKI Agata, « La compassion, de l'affection à l'action », *Études*, vol. 410, 2009, pp. 55-65.

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Préambule	26
Chapitre premier	30
Analogie entre le théâtre et l'hôpital	30
I.1 Pourquoi utiliser le paradigme du théâtre ?	30
I.2 L'espace et le temps au théâtre.....	38
I.3 La représentation théâtrale	44
I.4 Les costumes des acteurs.....	54
I.5 Les acteurs au théâtre et à l'hôpital.....	64
I.6 Langage et discours	76
Chapitre II.....	86
Détachement : approche lexicale et proposition d'une définition.....	86
II.1 Recherche lexicale	88
II.1.1 L'attachement.....	88
II.1.2 Aspects négatifs du détachement	95
II.2 Recherche d'un sens et d'une définition du détachement	110
II.2.1 Être détaché.....	110
II.2.2 Pourquoi introduire le détachement dans la relation soignant-soigné	113
II.2.3 le détachement dans tous ses états	121
Chapitre III	126
Les passions examinées au prisme du détachement.....	126
III.1 Naissance, vie et extinction des passions.....	126
III.1.1 Analyse des passions avec David Hume	127
III.1.2 Les passions ressenties par le monde des soignants	133
III.1.2.1 Colère et tristesse, honte et fierté	140
III.1.2.2 Analyse des passions dans la relation de soin.....	150
III.1.3 Raison et passions.....	157
III.1.3.1 Exemple de résilience chez un patient	157
III.1.3.2 Le mécanisme de la raison à travers les passions étudiées par Hume	160
III.1.3.3 Rechercher le désir de soigner	163
III.2 Comment introduire le détachement tout en préservant l'existence des passions ?	170
III.2.1 Pourquoi chercher à se détacher ?	170
III.2.2 Comment concilier les passions avec une attitude détachée ?.....	174
III.2.3 Conséquences de ce changement de paradigme dans la relation de soin	179
III.2.4 Une relation comptable.....	188
Chapitre IV	196
Le détachement s'impose comme principe éthique.....	196
IV.1 L'éthique médicale appliquée	196
IV.2 Les principes éthiques	204
IV.2.1 Les pratiques des soignants et les principes de Beauchamp et Childress.....	205
IV.2.1.1 Quelques pratiques quotidiennes à l'hôpital.....	205
IV.2.1.2 Les principes de Beauchamp et Childress	207

IV.2.2 Comment être autonome quand on est patient ?.....	219
IV.2.2.1 L'information, le consentement et la vérité.....	221
IV.2.2.2 La confidentialité.....	229
IV.2.2.3 L'intimité.....	232
IV.2.2.4 Peut-on parler de liberté à l'hôpital ?	235
IV.3 Le détachement devient.....	239
principe éthique.....	239
IV.3.1 Quel sens le mot détachement a pour un soignant ?.....	241
IV.3.1.1 L'intention de l'action	243
IV.3.1.2 Peut-on éprouver trop d'empathie ?	247
IV.3.1.3 Juste distance	249
IV.3.2 Détachement et Autonomie	252
Information et détachement	258
IV.3.3 Détachement et Justice	260
IV.3.4 Et si le patient se détachait ?.....	262
IV.4 Quels seraient les bénéfices si le détachement était implanté à l'hôpital ?.....	267
IV.4.1 Avec le détachement vient le respect	267
IV.4.1.1 Expérience de quelqu'un de détaché	270
IV.4.1.2 L'éthique du soin à l'hôpital.....	272
IV.4.1.3 Les services ambulatoires.....	275
IV.4.1.4 Staffs.....	277
IV.4.2 Le détachement garant de plus de temps et d'espace	280
IV.4.2.1 Temps perçu, temps vécu	281
IV.4.2.2 Une autre vision de l'espace de soin.....	283
IV.4.2.3 Quand le temps et l'espace des soignants et des soignés se rencontrent.....	286
IV.4.2.4 Quand le patient occupe son espace et son temps libre	293
Chapitre V.....	296
Le détachement est une vertu.....	296
V.1. Le détachement comme principe ne suffit pas.....	296
V.1.1 Quand le détachement devient une vertu.....	298
V.1.2 Le détachement s'accorde avec la compassion et l'empathie.....	305
V.1.3 Prendre la place de l'autre.	312
V.2 Le détachement est une vertu que doit posséder un soignant confronté à la réalité hospitalière.....	318
V.2.1 Le détachement est une vertu morale adaptée au quotidien des professionnels de santé.....	318
V.2.2 Le soignant décide d'être détaché.....	325
V.2.3 Apprentissage du détachement	329
V.2.4 Nouveau paradigme de la relation soignants-soigné	337
V.3 Le détachement tend vers la médiété et est source d'équilibre.....	344
V.3.1 Le détachement est la moyenne entre compassion et indifférence.....	344
V.3.2 Le détachement et le beau dans la relation de soins	351
V.3.3 Le détachement et le plaisir de soigner.....	356
Conclusion.....	362
Proposition d'une charte pour un peu de bien-être à l'hôpital :.....	376
Annexes.....	382
Annexe 1	383
Serment d'Hippocrate.....	383
Annexe 2	385
Questionnaire aux étudiants infirmiers(ères) dans le cadre d'un travail sur le détachement dans la relation soignant-soigné	385
Annexe 3	388

Synthèse de la consultation des étudiants cadres	388
Le 25 octobre 2107	388
Annexe 4	394
Synthèse de la consultation des étudiant(e)s infirmiers(ères)	394
Le 20 mars 2018.....	394
Annexe 5	398
Charte de la personne hospitalisée	398
Principes généraux.....	398
Annexe 6	399
Naissance de l'hôpital moderne (1941 - 2016)	399
Index	408
INDEX DES AUTEURS	409
INDEX DES MOTS-CLÉS.....	411
BIBLIOGRAPHIE	414
Corpus du détachement comme valeur éthique	415
Bibliographie générale	419
Introduction	7
Préambule	26
Chapitre premier	30
Analogie entre le théâtre et l'hôpital	30
I.1 Pourquoi utiliser le paradigme du théâtre ?	30
I.2 L'espace et le temps au théâtre.....	38
I.3 La représentation théâtrale	44
I.4 Les costumes des acteurs.....	54
I.5 Les acteurs au théâtre et à l'hôpital.....	64
I.6 Langage et discours	76
Chapitre II.....	86
Détachement : approche lexicale et proposition d'une définition.....	86
II.1 Recherche lexicale	88
II.1.1 L'attachement.....	88
II.1.2 Aspects négatifs du détachement	95
II.2 Recherche d'un sens et d'une définition du détachement	110
II.2.1 Être détaché.....	110
II.2.2 Pourquoi introduire le détachement dans la relation soignant-soigné	113
II.2.3 le détachement dans tous ses états	121
Chapitre III	126
Les passions examinées au prisme du détachement.....	126
III.1 Naissance, vie et extinction des passions.....	126
III.1.1 Analyse des passions avec David Hume	127

III.1.2 Les passions ressenties par le monde des soignants	133
III.1.2.1 Colère et tristesse, honte et fierté	140
III.1.2.2 Analyse des passions dans la relation de soin	150
III.1.3 Raison et passions	157
III.1.3.1 Exemple de résilience chez un patient	157
III.1.3.2 Le mécanisme de la raison à travers les passions étudiées par Hume	160
III.1.3.3 Rechercher le désir de soigner	163
III.2 Comment introduire le détachement tout en préservant l'existence des passions ?	170
III.2.1 Pourquoi chercher à se détacher ?	170
III.2.2 Comment concilier les passions avec une attitude détachée ?	174
III.2.3 Conséquences de ce changement de paradigme dans la relation de soin	179
III.2.4 Une relation comptable	188
Chapitre IV	196
Le détachement s'impose comme principe éthique.....	196
IV.1 L'éthique médicale appliquée	196
IV.2 Les principes éthiques	204
IV.2.1 Les pratiques des soignants et les principes de Beauchamp et Childress.....	205
IV.2.1.1 Quelques pratiques quotidiennes à l'hôpital.....	205
IV.2.1.2 Les principes de Beauchamp et Childress	207
IV.2.2 Comment être autonome quand on est patient ?.....	219
IV.2.2.1 L'information, le consentement et la vérité.....	221
IV.2.2.2 La confidentialité.....	229
IV.2.2.3 L'intimité	232
IV.2.2.4 Peut-on parler de liberté à l'hôpital ?	235
IV.3 Le détachement devient.....	239
principe éthique.....	239
IV.3.1 Quel sens le mot détachement a pour un soignant ?.....	241
IV.3.1.1 L'intention de l'action	243
IV.3.1.2 Peut-on éprouver trop d'empathie ?	247
IV.3.1.3 Juste distance	249
IV.3.2 Détachement et Autonomie	252
Information et détachement	258
IV.3.3 Détachement et Justice	260
IV.3.4 Et si le patient se détachait ?.....	262
IV.4 Quels seraient les bénéfices si le détachement était implanté à l'hôpital ?.....	267
IV.4.1 Avec le détachement vient le respect	267
IV.4.1.1 Expérience de quelqu'un de détaché	270
IV.4.1.2 L'éthique du soin à l'hôpital.....	272
IV.4.1.3 Les services ambulatoires	275
IV.4.1.4 Staffs	277
IV.4.2 Le détachement garant de plus de temps et d'espace	280
IV.4.2.1 Temps perçu, temps vécu	281
IV.4.2.2 Une autre vision de l'espace de soin.....	283
IV.4.2.3 Quand le temps et l'espace des soignants et des soignés se rencontrent.....	286
IV.4.2.4 Quand le patient occupe son espace et son temps libre	293
Chapitre V	296
Le détachement est une vertu.....	296
V.1. Le détachement comme principe ne suffit pas.....	296
V.1.1 Quand le détachement devient une vertu	298
V.1.2 Le détachement s'accorde avec la compassion et l'empathie.....	305
V.1.3 Prendre la place de l'autre.	312

V.2 Le détachement est une vertu que doit posséder un soignant confronté à la réalité hospitalière	318
V.2.1 Le détachement est une vertu morale adaptée au quotidien des professionnels de santé	318
V.2.2 Le soignant décide d'être détaché.....	325
V.2.3 Apprentissage du détachement	329
V.2.4 Nouveau paradigme de la relation soignants-soigné	337
V.3 Le détachement tend vers la médiété et est source d'équilibre	344
V.3.1 Le détachement est la moyenne entre compassion et indifférence.....	344
V.3.2 Le détachement et le beau dans la relation de soins	351
V.3.3 Le détachement et le plaisir de soigner.....	356
Conclusion	362
Proposition d'une charte pour un peu de bien-être à l'hôpital :	376
Annexes	382
Annexe 1	383
Serment d'Hippocrate	383
Annexe 2	385
Questionnaire aux étudiants infirmiers(ères) dans le cadre d'un travail sur le détachement dans la relation soignant-soigné	385
Annexe 3	388
Synthèse de la consultation des étudiants cadres	388
Le 25 octobre 2107	388
Annexe 4	394
Synthèse de la consultation des étudiant(e)s infirmiers(ères)	394
Le 20 mars 2018.....	394
Annexe 5	398
Charte de la personne hospitalisée	398
Principes généraux.....	398
Annexe 6	399
Naissance de l'hôpital moderne (1941 - 2016)	399
Index	408
INDEX DES AUTEURS	409
INDEX DES MOTS-CLÉS	411
BIBLIOGRAPHIE	414
Corpus du détachement comme valeur éthique	415
Bibliographie générale	419