



HAL
open science

De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins. Au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie

Bénédicte Lombart

► To cite this version:

Bénédicte Lombart. De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins. Au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie. Philosophie. Université Paris-Est, 2016. Français. NNT : 2016PESC0054 . tel-01755821

HAL Id: tel-01755821

<https://theses.hal.science/tel-01755821v1>

Submitted on 30 Mar 2018

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.

Thèse

pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée

Discipline : Philosophie pratique

présentée et soutenue publiquement le 2 Février 2016
par

Bénédicte Lombart

**De la cécité empathique
transitoire
à la prudence dans les soins**

**Au sujet de la contention lors des
soins en pédiatrie**

Direction : Pr Éric Fiat
Codirection : Dr Michel Galinski

Jury :

Pr Antoine Bioy (Rapporteur)
Mme Cynthia Fleury
Pr Pierre Magnard (Rapporteur)
M. Christophe Pacific
M. Bertrand Quentin
Pr Sylvie Thoron

Thèse

pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée

Discipline : Philosophie

présentée et soutenue publiquement le 2 Février 2016 par

Bénédicte Lombart

De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins

Au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie



De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins. Au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie

Cette thèse interroge l'usage de la contention forte lors des soins en pédiatrie. Cette problématique soulève des questions philosophiques et éthiques qui s'inscrivent dans des pratiques quotidiennes de soins. Pourtant cette pratique, à laquelle se confronte fréquemment les soignants est relativement peu interrogée, voire banalisée.

En effet, l'enfant effrayé ou douloureux peut se débattre et s'agiter au décours du soin et il arrive que plusieurs adultes le maintiennent pour poursuivre le geste. Un rapport de force s'installe alors entre soignants et enfant. Dans certains cas, la contrainte physique de l'enfant lors du soin s'apparente littéralement à de la violence. Le passage de l'usage légitime de la force à la violence illégitime n'est pas systématiquement identifié.

Par ailleurs le fait de contraindre l'enfant de force confronte l'infirmier à un paradoxe : celui de faire mal à l'enfant pour son bien. Cela complique la perception de l'illégitimité de certaines contentions.

Difficile voire impossible de renoncer à faire le soin et pourtant regrettable d'user de la contention forte à l'encontre d'un enfant malade. Une étude qualitative ancillaire à la réflexion philosophique été menée auprès de soignants de pédiatrie. L'objectif était d'interroger cette question du point de vue des soignants pour comprendre comment l'usage de la contention lors d'un soin en pédiatrie pouvait se transformer en un usage illégitime de la force. Les résultats de cette étude ont montré que la contention était une pratique laborieuse, source de malaise mais le plus souvent vécue comme inévitable et influencée par les habitudes de l'équipe d'appartenance. (Ces résultats sont en annexe de la thèse) Le « bien de l'enfant » justifiait le recours à la force. On assistait à une hiérarchisation déontologique où la réalisation du geste technique subordonne le respect du rythme de l'enfant. L'analyse de la parole des soignants a mis en évidence : empathie et attention des soignants à l'égard de l'enfant mais à l'évocation de la contention l'enfant disparaissait du discours. Un peu comme si l'enfant disparaissait du « radar émotionnel » du soignant, le temps de la contention. Le concept de « cécité empathique transitoire » a été proposé pour caractériser le phénomène qui se produit lors d'une contention forte. La thèse explore les raisons qui conduisent les adultes qui soignent à disqualifier le refus de l'enfant en proposant une forme de réhabilitation de la parole de celui-ci. Le travail s'organise autour de développement des regards et des points de vue qui tantôt masquent tantôt rendent visibles une partie de la réalité : celle de l'enfant et celle du soignant. Les soignants sont tels les prisonniers de la caverne, otages de leurs illusions. L'espoir de maîtriser l'inconstance de l'existence par la grâce de la biotechnologie semble les contraindre à sacrifier leur propre subjectivité. L'arrondissement de l'enfant mais aussi du soignant à la technique est au cœur du débat qui émerge de la réflexion. Au fil du travail, émerge l'idée d'un *entre-deux des différences*, qui pourrait être un nouvel espace conceptuel où les différences entre l'enfant et les soignants se rassemblent dans l'espace de la contingence. Cet *entre-deux* ouvre sur de nouveaux possibles, invite à devenir prudent. La prudence aristotélicienne comme disposition pratique apporte de nouvelles perspectives à cette problématique. L'invitation à la délibération dans les soins ouvre sur une proposition concrète de déploiement de la notion de *care* appliquée plus spécifiquement au champ de la pédiatrie.

Mots clés : cécité empathique, enfant, contention, éthique, prudence, soins, pédiatrie

Remerciements

La rencontre de la philosophie est pour moi un événement. Cependant ce rendez-vous eut sans doute été raté sans la rencontre de mes professeurs et tout particulièrement celle du Pr Éric Fiat. Sa confiance, sa générosité et son soutien sans faille m'ont donné le courage d'avancer dans cette aventure.

Un très grand merci à Bertrand Quentin et à David Smadja, pour leurs encouragements, leur disponibilité et leur écoute.

Merci à Elsa Godart pour son soutien méthodologique.

Merci au Pr Folscheid dont j'ai eu l'honneur d'être l'étudiante en première année de master de philosophie pratique.

Merci à Michel Galinski pour son soutien précieux pour la partie recherche qualitative de ce travail, ainsi qu'à Carla Di Stefano.

L'enseignement philosophique est aussi une histoire d'amitié, de partage et de convivialité avec mes collègues étudiants, sans lesquels l'étude eut été moins heureuse.

Merci à Leila, Véronique, Arnaud, Gérard, Marie B., Christian M, Christian T, Philippe, Thierry et tous mes autres collègues et amis du cercle Ethique de la Salpêtrière.

Ce travail de thèse n'aurait pas pu être mené sans le soutien de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris qui par a financé mes trois années d'études doctorales. Ce dispositif innovant de soutien de la recherche infirmière est le fruit de l'engagement et de la volonté pugnace de quelques personnes à qui je dois cette partie de mon parcours professionnel. Un grand merci à Geneviève Ladegaillerie, François Bassompierre, Roselyne Vasseur, et à Françoise Zantman. Merci également à Brigitte Rul pour son soutien dès la première heure de ce projet.

Jamais je ne serais allée au bout de ce travail sans

l'amour, la compréhension, et le soutien patient de mon compagnon Jean Claude,

l'humour et la confiance de nos fils Alexis et Julien,

la tendresse et l'écoute de mes sœurs Béatrice et Christine

l'admiration de ma mère

l'amitié d'Ismaël, Céline, Laurence, Florence et Sandrine

les conseils et relectures attentives de Christine, Bernard, Florence et Leila

Table des matières

Table des matières.....	9
Introduction.....	15
Avant-propos.....	22
Première partie : Prisonniers d’une conviction.....	24
Chapitre premier : La fin justifie-t-elle les moyens ?.....	26
1. De l’enthousiasme à la réalité.....	26
2. D’une approche machiavélienne ?.....	30
3. Du risque de se tromper de combat.....	35
Chapitre II : D’un compromis ordinaire à la banalisation de la contention .	44
1. Où situer la contention sur l’échelle des compromissions ?.....	45
2. De ce qui justifie la contention.....	49
Chapitre III : De l’inquiétude à la précarité.....	56
1. Entre normal et pathologique ?.....	56
2. Du désir de <i>faire le bien</i> à l’inquiétude.....	61
3. Du sentiment d’inquiétude à la notion de précarité.....	69
Chapitre IV : Réduire l’inconstance par le normatif.....	81
1. De la norme explicite à la norme implicite.....	81
2. A l’épreuve de la réalité.....	83
3. Où commence la violence ?.....	87
4. De la violence de la disqualification du refus de l’enfant.....	89
Deuxième partie : D’un refus inaudible à la cécité empathique transitoire.....	96
Chapitre V : Regarder sans voir.....	99
1. Du point de départ de la rencontre des subjectivités.....	109
2. Du regard inaugural d’un espace de transcendance.....	118
Chapitre VI : La contention ou d’un espace de soins à part.....	129
1. A la croisée des chemins.....	130
2. Du danger de l’espace qui sépare.....	137
3. De l’intersubjectivité à l’empathie.....	141

Chapitre VII : De la question de l'empathie à une cécité empathique transitoire.....	150
1. De la question de l'empathie d'Edith Stein.....	150
2. D'une définition commune de l'empathie	160
3. D'une situation contraignante à la cécité empathique transitoire	166
4. Choix ou condamnation à une cécité empathique transitoire ?	169
Troisième partie : De l'ombre des illusions.....	180
Chapitre VIII Prisonniers du monde sensible.....	182
1. Du risque d'être trompé par la perception	182
2. D'une illusion à une fausse certitude	186
Chapitre IX : De la disqualification à l'accueil des facultés	190
1. Quand la cognition masque la perception.....	190
2. D'un manque désordonné au pouvoir de l'imagination	193
3. Quand la perception enfantine se dessine	200
Chapitre X : D'un rapport différent au monde.....	205
1. De ce qui distingue enfant et adulte : Entre accueillir et analyser	205
2. Une lecture divergente du réel	209
3. De la volonté partagée de capturer le réel.....	213
Quatrième Partie : De ce que cachent les ombres épistémologiques	224
Chapitre XI : Incidences des convictions épistémologiques sur les enfants	226
1. A partir d'un déni de compétences.....	226
2. D'une connaissance subjective équivalente.....	234
3. Critique de la conversion des perceptions en faits scientifiques.....	241
Chapitre XII : De l'indiscutable perception enfantine	244
1. Sortir du clivage corps-esprit.....	244
2. Un caprice sans raison ?	246
Chapitre XIII De l'intuition	252
1. D'une heureuse coïncidence de l'intuition	252
2. De l'intuition au bon sens	258
Chapitre XIV : De l'intuition à la puissance des perceptions	263
1. Une vague de petites perceptions	263
2. D'une opportunité offerte par l'intuition.....	267

Chapitre XV : De l'intuition à la raison <i>a priori</i>	273
1. Se raisonner ou être raisonnable ?.....	274
2. De l'intuition empirique au raisonnement	278
Chapitre XVI : Un point de vue scotomisé	283
1. De points de vue différents à l'altérité de la perception.....	283
2. De quel bien parle-t-on ?	286
Chapitre XVII : La contention, question de points de vue.....	296
1. Regarder sans voir ou voir sans regarder ?	296
2. D'un point de vue d'ensemble ou de la vision monadique	299
Cinquième Partie : Du difficile exercice des devoirs.....	306
Chapitre XVIII : D'un héritage historique à une tension contemporaine... 308	
1. D'une conciliation des obligations, « simple » à première vue	308
2. Du pressentiment d'une hiérarchisation des devoirs	311
3. De l'apparition d'un nœud déontologique	314
Chapitre XIX : La contention à l'épreuve de la question de la technique... 334	
1. De la technique pour contenir un enfant.....	334
2. D'une absence de neutralité à l'aveu d'une implication	337
3. Un rassemblement dans le commettre.....	350
Chapitre XX : Sortir de l'aveuglement	357
1. De la contemplation des choses d'en haut	357
2. Du point de vue à l'opinion	360
3. De l'opinion à la chose en soi.....	365
4. A partir d'une erreur épistémologique	369
Dernière partie De la prudence dans les soins	378
Chapitre XXII Répondre au contingent par une disposition pratique	379
1. De la dialectique du savoir et du mouvement	380
2. De la figure Tirésias à celle de Périclès.....	388
3. De la nécessaire prudence du soignant.....	395
Chapitre XXIII Des théories de soins en mouvement ?	405
1. D'un nécessaire retour aux théories des soins	405
2. De la mutation de l'accidentel en essentiel.....	410
3. Une délicate déclinaison dans les sciences infirmières	417

Chapitre XXIV De l'habileté à la prudence ou de la déclinaison du <i>care</i> pédiatrique	429
1. De la théorie <i>et</i> du mouvement vers la théorie <i>du</i> mouvement.....	429
2. De la déclinaison du <i>care</i> en pédiatrie	442
3. Un espace de rencontre à la croisée des regards philosophiques	451
Conclusion	456
Annexe 1	466
Annexe 2	485
Bibliographie	487
Index <i>Nominum</i>	493
Index <i>Rerum</i>	495



Eugène Carrière (1849-1906)

L'enfant malade

1885

Introduction

Soigner les enfants malades : une belle image d'Épinal.

On imagine déjà un adulte penché avec douceur sur le visage de l'enfant. Les yeux du soignant, emplis de sollicitude répondent au regard confiant du tout petit. Mais il y a, en arrière-plan de cette image, de l'inaperçu, de l'implicite. Car en arrière fond de ce tableau se dessine déjà le spectre de la maladie. Sournoisement tapi, le mal menace la vie de l'enfant. Une *affection* du corps qui éprouve l'*affection* de l'âme. La peur taraude déjà l'esprit de celui ou de celle qui tient tendrement l'enfant malade contre son cœur.

A l'époque où l'épouse d'Eugène Carrière, tient son enfant malade serré dans ses bras, point de salut à attendre de la médecine, impuissante à guérir. Seule l'affection de l'âme tente pathétiquement de repousser l'affection pathologique menaçante. En d'autres temps, à l'heure de la révolution scientifique médicale, l'enfant d'Eugène Carrière eut peut-être été sauvé. En d'autres temps, les parents de l'enfant malade seraient venus à l'hôpital, où ils auraient remis la vie de leur petit entre les mains des personnes dont le métier est de guérir.

Ce temps-là est le nôtre. De nos jours, l'enfant malade est amené à l'hôpital pour y être sauvé. L'effraction de la pathologie est l'élément inaugural de la rencontre de l'enfant et des soignants. Alors le visage qui se penche sur celui de l'enfant malade est certes attentif à lui et empreint de sollicitude mais en arrière-plan rôde toujours la menace. Le poids du danger n'a d'égal que celui de la responsabilité qui incombe aux professionnels. Ils se mettent à l'ouvrage pour éviter le naufrage, restaurer la santé, amorcer le sauvetage. L'image d'Épinal se trouble légèrement. Sur l'image se tiennent désormais des professionnels qui entourent l'enfant, une aiguille ou une sonde à la main, pour livrer bataille et vaincre la maladie.

L'image d'Epinal de celui qui soigne l'enfant ne dit rien des gestes, piqûres et effractions qu'il faut réaliser. Une image qui tait la détresse, la peur et l'incompréhension du tout petit. Une image sur laquelle on ne voit pas les tentatives désespérées de l'enfant pour échapper à ce qui lui fait si peur et qui pourtant va le soigner. Une image sur laquelle on ne voit pas cet enfant serré contre celui, ou plutôt ceux qui le maintiennent pour son « bien ». Disons que désormais l'enfant malade est serré avec force pour être sauvé par la médecine.

Agir pour le « bien » de l'enfant, le soigner malgré ses protestations est ce qui motive la pratique de la contrainte physique du jeune enfant malade lors des soins. Voilà qu'apparaît la bonne intention qui justifie l'usage de la force. L'intention de guérir l'enfant malade se concrétise grâce aux pouvoirs conférés au soignant par la technologie moderne des soins. Les avancées et les découvertes de la médecine scientifique ont révolutionné le paradigme des possibles. Il est devenu possible de sauver l'enfant. Les moyens qu'offre la médecine moderne ont transformé notre rapport à la précarité de l'existence. Anciennement fataliste, le rapport à la fragilité de la vie est devenu combatif. Il s'agit de se battre contre ce qui menace l'équilibre de l'existence, contre la maladie. Il s'agit également de lutter contre les obstacles qui peuvent gêner la victoire de la médecine.

La médecine ne gouverne-t-elle pas désormais *l'état de la santé* ? Il lui est reconnu une autorité légitime pour décider de ce qui est bon pour soigner, sauver la vie, et restaurer la santé de la personne. Une Médecine qui s'apparente étrangement au Prince gouvernant son Etat décrit par Machiavel. Une Médecine qui doit parfois se montrer « méchante » si la fin le justifie. Une Médecine qui doit livrer bataille contre la maladie et faire elle-même office de capitaine pour diriger son armée. La médecine commande aux médecins, aux soignants comme le Prince dirige son armée. ¹

¹ Nous paraphrasons ici un extrait du *Prince* de Machiavel pour porter notre propos. « [...] le Prince doit aller à l'armée en personne, et faire lui-même office de capitaine ; la république doit envoyer ses citoyens, et quand elle en envoie un qui n'apparaisse pas habile homme, elle doit le changer ; et quand il l'est, le tenir en bride par les lois, pour qu'il ne s'écarte pas du droit chemin. Et par expérience on voit les seuls princes et républiques armés faire de grands progrès, et les armes mercenaires ne faire jamais que du mal ; [...] » Machiavel, *Le Prince*, Paris, Flammarion, 1993, p.118.

Et ces « soldats » de la santé ne sont pas des *mercenaires* mais des *citoyens* envoyés par la république (de la santé). Armées de la sorte, la santé et la médecine peuvent faire de grands progrès. Le soignant dirigé par elles doit se montrer habile, tandis que la médecine à la manière du Prince doit « [...] le tenir en bride par les lois, pour qu'il ne s'écarte pas du chemin. »²

Ce chemin est celui du salut, précisément dans ce cas, celui de la guérison de l'enfant. Il exige rigueur et concessions. Il précipite aussi l'inquiétude. Car l'enjeu est de taille et justifie l'âpreté du combat. Les armes thérapeutiques devenues performantes, l'espoir est donc permis, la conviction de mise. Mais cette conviction ne peut-elle pas dans une certaine mesure confiner à l'aveuglement ? La volonté de réduire les risques inhérents à la précarité de l'existence de l'enfant n'accentue-t-elle pas d'une certaine manière ce que Terestchenko appelle la « vulnérabilité aux circonstances »³ des soignants ? Le péril vient sans doute de la volonté de réduire l'inconstance de l'existence par le normatif.

En effet la science médicale capture le réel du vivant à l'aide de normes et de mesures, sur lesquels s'établissent protocoles et traitements. La mise en œuvre de ce savoir, c'est-à-dire les soins, n'échappe pas à la règle. Le mode opératoire du geste technique : ponction, piqûre, ou pose de sonde, fait l'objet de procédures standardisées. Une standardisation des gestes qui s'adapte mal aux aléas émotionnels ou aux débordements comportementaux des enfants, qui apeurés, s'agitent. Ainsi l'usage de la contrainte physique de l'enfant lors du soin devient en quelque sorte une modalité parmi d'autres de la procédure du soin en pédiatrie. Un moyen pour parvenir à ses fins. Les protestations enfantines sont balayées du revers de la main gantée d'un savoir scientifique. Une « ronde chaotique » s'engage : la résistance de l'enfant appelle la contrainte, entraînant elle-même un surcroît d'agitation et de mouvements désordonnés qui renforcent la contention.

Mais à quel instant l'usage de la force devient-il illégitime ? Existe-t-il un repère tangible sur le nuancier de la contention qui détermine le passage d'un usage légitime de la force à la violence ? Car toute force n'est pas violence et certaines violences s'expriment sans avoir recours à la force.

² *Ibid.*p.118.

³ Terestchenko, Michel, *Un si fragile vernis d'humanité*, Paris, La Découverte, 2007.

La violence exercée envers l'enfant ne réside-t-elle pas dans le fait de lui refuser le droit de considérer l'usage légitime de la force lors d'un soin comme étant violente de son point de vue à lui ? Ce refus semble se caractériser par la disqualification de sa parole lorsqu'il essaie de dire son opposition au geste qui va lui être imposé.

Des problématiques centrales émergent de ces questions. La conciliation de l'intersubjectivité et de la technique est au cœur de l'acte de soin. De quelle manière ces *ambiances* comme les nomme Husserl se conjuguent-elles dans l'univers du soin? L'enfant et le soignant partagent-ils *le même monde* au moment où le soin bascule dans l'usage de la force ? Existe-t-il un *entre-deux* qui rassemble les *différences*, celles-là même qui séparent *a priori* l'enfant et le soignant, un *entre-deux* où ils se rejoignent ?

Il s'agit d'interroger l'implicite du corps à corps qui se joue au cœur de la contention. Impossible de se suffire de ce qui apparaît dans l'espace et dans le temps pour comprendre ce qui se produit lors de la contrainte physique de l'enfant au cours d'un soin. Il y a ce qui se joue sur la scène des soins mais également ce qui s'est préparé en coulisse, à l'abri des regards. Un certain nombre d'éléments historiques, psycho-sociaux, professionnels convergent à un instant particulier du soin et participent à la construction du phénomène de la contention. Un ensemble de variables semble sous-tendre les rouages de cette délicate conjonction. En effet, la contention n'est pas un élément isolé, comme un artéfact, de la pratique des soins. Elle appartient à un dispositif plus vaste, celui de la technique des soins, et plus largement de la technique médicale. Un dispositif auquel l'enfant aussi bien que le soignant appartiennent, bien que ce ne soit pas exactement au même titre.

Ne peut-on pas considérer alors que la contrainte s'exerce également sur le soignant ? Le professionnel semble lui-même contraint de contraindre pour répondre à l'exigence du dispositif technique qui soigne et qui sauve. N'est-il pas lui-même, dans une certaine mesure, prisonnier de l'injonction de la technique des soins ? Le soignant semble à sa manière réquisitionné, c'est-à-dire *commis* par la technique comme c'est le cas pour l'enfant par ailleurs.

Une commission de l'homme par la technique, contre laquelle Heidegger mettait en garde dans *la question de la technique* mais qui semble particulièrement irrésistible face à la spirale de la biotechnologie médicale.

En effet, accueillir la parole de l'enfant au paroxysme de la détresse lorsqu'il est maintenu de force pour faire le soin, n'est pas chose aisée. D'autant moins que cela expose au danger. L'exercice de *l'empathie* à cet instant peut éventuellement conduire à renoncer à faire le geste et donc dans une certaine mesure à mettre la vie de l'enfant en danger. Renoncer à faire le soin équivaut à déposer les armes face à la maladie, ce qui revient aussi à désobéir au devoir de soigner. Le devoir de faire le soin se télescope avec celui du respect de l'enfant. Car le devoir du soignant n'est pas univoque et exige de manière concomitante sollicitude et performance du geste technique. Une simultanéité d'exigences, parfois contradictoires, s'exprime au cœur de l'action, à l'instant de la rencontre dans le soin.

La contention apparaît comme à la croisée des exigences, des regards et des intersubjectivités. Sorte d'intersection des mondes : celui de l'enfant, celui des soignants, la contention sépare paradoxalement les univers à l'instant où les corps se resserrent dans un mouvement contradictoire, les uns cherchant à retenir, l'autre à s'échapper. Ne pouvons-nous pas alors, considérer que la contention s'apparente à un territoire particulier des soins ? Un espace où les repères se troublent, où l'enfant disparaît en quelque sorte du radar émotionnel du soignant le temps du geste technique. Ne se produit-il pas là un phénomène à part ? Un phénomène qui n'est ni de l'ordre du déni ni d'une intention explicite mais plutôt du registre d'une hiérarchisation des devoirs. Un ordonnancement qui donne la priorité à l'exécution du geste technique, obligeant ainsi le soignant à occulter l'empathie qui s'exerce en temps normal à l'égard de l'enfant. N'y aurait-il pas là des éléments propres à proposer un concept spécifique ? Le concept de *cécité empathique transitoire* ne pourrait-il pas éclairer sous un nouvel angle le phénomène de la contention ?

Mais cette forme d'aveuglement transitoire de l'empathie qui semble apparaître au moment de la contention ne peut vraisemblablement pas naître des seules circonstances de la maladie et des soins.

Nous pourrions faire l'hypothèse que ce phénomène s'enracine dans le rapport de l'adulte à l'enfant et plus précisément dans la construction épistémologique du savoir scientifique vis-à-vis de l'enfant. L'observation de l'incidence des convictions épistémologiques ne peut-elle pas nous conduire à conclure à une conception *adulto-centrée*? Une conviction fondée à partir de représentations d'adultes, à laquelle échappent les potentialités de l'imaginaire et de l'intuition enfantine. La réhabilitation de la perception enfantine ainsi que celle de la valeur de sa parole apparaissent utiles dans ce contexte. Car lorsque l'enfant se débat face au soin qui l'effraie, il ne *raisonne* certes pas à la manière du soignant, mais cela ne signifie pas pour autant qu'il n'a pas *ses raisons*.

L'écart qui sépare la manière de rationaliser l'événement de la contention de l'enfant et de l'adulte témoigne peut-être également d'une dialectique plus étendue : celle du savoir et du mouvement. En effet, n'est-il pas possible d'imaginer qu'il existe une sorte de parallèle entre le mouvement de l'enfant qui cherche à s'échapper, sa pensée imaginative et mouvante, et le savoir du soignant qui pour s'exercer immobilise le corps de l'enfant ? En effet, ne faut-il pas admettre qu'au-delà de l'exercice du soin, c'est aussi le savoir scientifique qui s'exprime ? Or la science se caractérise par son souhait de capturer le réel, afin de mieux le connaître. Ceux qui pratiquent les soins médicaux agissent d'une certaine manière sur procuration de la science. Seulement voilà, là où la connaissance scientifique peut légitimement arraisonner le réel pour en saisir l'*essentiel*, l'exercice de la science médicale ne peut défier la *contingence*. Confondre le savoir avec son application pratique n'expose-t-il au risque de manquer la rencontre du « Prendre soin », c'est-à-dire du *care*? Une rencontre qui augure celle de l'enfant et pas uniquement celle du corps malade livré à la technicité médicale. Cependant réduire le *care* au seul exercice de la sollicitude serait une voie tout aussi dangereuse.

Comment dans ces circonstances promouvoir une vision synthétique du *care* sans renvoyer dos à dos la sollicitude et la connaissance rigoureuse ? La gageure n'est-elle pas de répondre à la contingence par la délibération ?

Le défi qui se pose aux soignants ne consiste-t-il pas à être en capacité à ne pas confondre *habileté* et *prudence* dans les soins?

Comment encourager concrètement cet exercice de la délibération ? Ne faut-il pas rappeler que le prudent, celui en capacité de délibérer, devient celui qui fixe la norme de l'action ?

L'invitation à la prudence (*phronesis*) dans les soins ne peut se transformer en injonction. Peut-être faut-il faire le pari de la métamorphose de la pensée des professionnels au grès de réflexion et d'échange autour de la notion du care pédiatrique.

Ce travail s'articule en six parties. La première partie questionne en quoi les soignants peuvent être prisonniers de leur conviction et les conduire à user de la force pour réaliser des soins. La seconde partie vise à comprendre comment le refus de l'enfant peut rester inaudible jusqu'à révéler ce que nous appelons la *cécité empathique transitoire*. En troisième lieu nous portons notre attention sur les éléments qui participent à la disqualification des facultés de l'enfant. La quatrième partie est consacrée à la réhabilitation des compétences enfantines. La cinquième partie évoque la difficulté rencontrée par les soignants pour concilier les différents devoirs qui leur incombent face à l'épreuve de la technique. La dernière partie aborde la question de la prudence dans les soins.

Souvenons-nous, pour terminer cette introduction, du tableau d'Eugène Carrière, de l'image de l'enfant serré contre sur le cœur de sa mère. Une image qui en inspire une autre : celle du soignant penché avec sollicitude sur l'enfant malade. A l'heure de l'expansion de la bio-technicité des soins médicaux, ne faut-il pas se demander si cette image d'Epinal n'est pas définitivement vouée à la caducité ?

Avertissement

(Notre propos concernant l'enfant implique toujours de manière implicite la présence et le secours des parents qui sont dans la plupart des cas présents, mais nous faisons le choix de rester concentré sur l'enfant et le soignant bien que nous sachions que la relation thérapeutique en pédiatrie est toujours triangulaire et implique nécessairement la triade : enfant, soignant et parent)

Avant-propos

1991

Jeune infirmière, je suis arrivée à Paris pour « prendre » mon premier poste. Il y a une pénurie d'infirmières et les postes disponibles sont nombreux. Les postulants en position de force, ont l'embarras du choix. Pour ma part, j'ai des idées à foison dans la tête quant à l'exercice de mon métier, je souhaite mettre à profit le travail de recherche que j'ai effectué pour valider mon diplôme d'infirmière : « La participation des malades aux soins : rôle propre de l'infirmière ». Je rêve d'un partenariat avec les patients, d'un projet participatif où chacun a sa place, son rôle, où les compétences des uns et des autres se complètent pour mieux soigner. J'explique mon projet lors des entretiens d'embauche et je lis l'étonnement dans les regards, de l'amusement bienveillant pour ma candeur pleine d'illusions.

Je me décide pour un poste en pédiatrie après une visite du service de cancérologie pédiatrique. Les soignants sont habillés en tenues personnalisées : des tissus enfantins, gais et multicolores. Un détail qui a son importance car a posteriori, il est sans doute à l'origine de ma décision de travailler dans ce service. Un détail révélateur d'une vision idéalisée du travail de l'infirmière en cancérologie pédiatrique. Je ne veux voir dans le choix de ces tenues que la volonté de l'équipe de tenir compte de l'univers des enfants ; l'affichage selon moi, d'une forme de respect du monde de l'enfance malgré la maladie grave. Cette première impression correspond à l'idée que je me fais du soin où le malade est placé au cœur de nos actions.

Une représentation d'un monde où en théorie la médecine pourrait tout. Je prends le poste avec enthousiasme. J'imagine que la réalité de ce travail va rejoindre mon idéal. J'imagine que l'exercice de mon métier auprès des enfants très malades sera conforme à la représentation parfaite que je m'en fais. Un travail où l'on peut sauver les enfants tout en respectant leurs particularités, le tout dans une atmosphère presque joyeuse et colorée.

Au moment de prendre ce poste en oncohématologie pédiatrique, je ressens une sorte d'élan enthousiaste, inspiré par la foi en une médecine omnipotente.

Première partie : Prisonniers d'une conviction



Tableau 1

Caverne

2ème moitié XIXe siècle, attribué à Auguste André Lancon

Musée des Beaux Arts, Dole

« Les hommes sont dans cette grotte depuis l'enfance, les jambes et le cou ligotés de telle sorte qu'ils restent sur place et ne peuvent regarder que ce qui se trouve devant eux, incapables de tourner la tête à cause de leur lien. [...]»⁴

Ne sommes-nous pas, d'une certaine façon, nous aussi enchainés depuis notre « enfance professionnelle »? Cherchant à brosser le tableau dans lequel la question de la contention de l'enfant se pose, nous repérons une certaine analogie entre les prisonniers enchainés au fond de la caverne et les soignants qui semblent parfois captifs d'un savoir scientifique et ligotés par l'injonction de guérir.

⁴ Platon, *Œuvres complètes, République VII*, Paris, Flammarion, 2011, 515a-515c, p.1679-80.

Chapitre premier : La fin justifie-t-elle les moyens ?

1. De l'enthousiasme à la réalité

Soigner des enfants atteints de cancer, c'est en premier lieu administrer des thérapeutiques lourdes et prodiguer des soins d'une haute technicité : cathéters centraux, antibiothérapies à fortes doses, chimiothérapies, perfusions. Chaque injection est calculée en fonction du poids de l'enfant, l'administration est scrupuleuse car dangereuse. La moindre erreur met la vie de l'enfant en danger. Les soins s'enchaînent, la peur au ventre, peur de faire une faute, peur de tuer un enfant en se trompant dans les dosages, dans les injections. L'apprentissage de la technique devient centrale, prioritaire. L'objectif principal est la maîtrise des soins.

Un glissement s'effectue subrepticement à propos de l'objet de notre attention professionnelle. Ce n'est plus l'enfant lui-même qui est au cœur de la préoccupation quotidienne mais la vie de l'enfant. Cette nuance est importante. Entre l'attention portée à l'enfant et celle que l'on porte à la vie de celui-ci, il y a une sorte de *faux semblant*. Nous sommes focalisés sur la vie de l'enfant, ce qui donne l'illusion d'être centrés sur lui, mais imperceptiblement un décalage se produit. Il s'agit d'un léger écart qui sépare aussi discrètement que concrètement le sujet de nos soins et l'objet de notre attention. Nous croyons encore être centrés sur l'enfant alors que la technique nous accapare. Nous pensons être attentifs à la vie de l'enfant mais en réalité c'est la peur de sa mort qui nous obsède.

La peur qui nous tient entre ses pinces, à la manière d'une tenaille exerçant une double contrainte; avec d'un côté la maladie qui menace, de l'autre le spectre de l'erreur. La peur de l'erreur est suspendue telle une épée de Damoclès au-dessus de chacun de nos gestes. Car la technique médicale est aussi efficace qu'impitoyable, elle peut sauver comme elle peut tuer.

La priorité est donc naturellement donnée à la sauvegarde de la vie de l'enfant. Cet objectif salutaire justifie l'objectivation de l'enfant car il sert le combat pour la vie. La fin ne justifie-elle pas les moyens ? Tous les moyens ne sont-ils pas bons pour éviter la fin ? Mais éviter la fin de la vie, peut-elle être la seule finalité de la médecine ? L'absurdité de la question s'affiche au moment même où elle se pose. Certes la médecine tend à éviter la mort du patient mais ce ne peut pas être son seul attribut, car si la médecine peut soulager la souffrance, éradiquer certaines affections, l'homme n'en demeure pas moins mortel.

D'une conviction enthousiaste qui dépasse les contingences

En début de carrière, les jeunes professionnels peuvent avoir l'illusion naïve que la médecine et par délégation, les soins prodigués ont le pouvoir de repousser l'irréversible. Nous avons d'une certaine manière cette illusion qui nous transportait d'enthousiasme. Mais l'enthousiasme initial ne serait-il pas responsable de l'illusion d'une toute puissance médicale ? Ou peut-être, est-ce l'inverse ? Cette illusion n'est-elle pas à l'origine de l'enthousiasme avec lequel on se lance dans les soins ? Être enthousiaste, c'est selon l'étymologie grecque du terme, être « inspiré par la divinité ». La médecine qui peut potentiellement changer le destin de l'enfant atteint de cancer s'apparente d'une certaine manière à une déesse douée de pouvoir extraordinaire.

Des pouvoirs qui doivent inspirer d'une certaine manière respect, obéissance et dévotion. Une divinité qui est source d'inspiration, qui pousse à agir, qui conduit à l'enthousiasme. Une sorte de ferveur liée à la conviction que la médecine représente le pouvoir dont dépend le salut de l'enfant. Il y a dans ce début de carrière quelque chose dans notre élan qui s'apparente à une entrée en religion. Celle de la médecine avec son cortège de rituels et d'obligations, qui se partagent entre soins et traitements. Une médecine exigeante qui nous demande de nous tourner vers la guérison au-delà des contingences, qui nous demande de regarder au loin, vers le salut.

La possibilité d'éviter la mort de l'enfant est une chance qui donne bien droit à quelques passe-droits... Outrepasser par exemple, le droit de l'enfant à être envisagé comme sujet au moment où on le soigne, lorsqu'il proteste ou refuse le soin. Quoi qu'il en soit, au début de carrière la possibilité d'une forme d'abus de pouvoir ne nous effleure pas l'esprit.

Il faut resituer les choses dans leur contexte pour compléter cette rétrospective professionnelle. La cancérologie de l'enfant connaît dans les années 90 une véritable révolution. Quelques années plus tôt la leucémie est encore une maladie mortelle dont l'enfant ne guérit qu'exceptionnellement. Les progrès en matière de chimiothérapie, de greffe de moelle, et d'antibiothérapie, permettent enfin l'espoir de sauver un grand nombre d'enfants atteints de leucémies. L'illusion chimérique de la puissance médicale est entretenue par la réalité des progrès. L'engagement est d'autant plus grand qu'il s'agit de sauver des enfants. La nature du combat, les espoirs qu'il révèle, justifient de mettre tous les moyens en œuvre pour réussir à sauver ces enfants grièvement malades.

Dans ces circonstances il devient possible, voire obligatoire de considérer que tous les moyens sont bons pour guérir l'enfant de sa leucémie. Qui oserait dans ce cas faire une objection à ce que les soignants usent de tous les moyens pour parvenir à cette fin ? Ce n'est peut-être même pas du bout des lèvres qu'il serait possible de poser cette question : les soignants peuvent-ils user de tous les moyens pour *parvenir à leur fin* ? Autant le débat est facilement entamé sur le problème de l'usage de tous les moyens pour atteindre ses fins dans le domaine politique autant il devient difficile de soulever cette question dans les circonstances dramatiques de la maladie qui menace la vie de l'enfant. La question pourrait presque apparaître inconvenante et déplacée dans une telle situation.

Peut-on, pour autant, parler d'une médecine machiavélique ?

User de tous *les moyens pour parvenir à ses fins*, voilà un mode opératoire communément considéré comme condamnable. Car le plus souvent ce procédé sous-entend une absence de scrupule en vue d'augmenter son pouvoir, en particulier lorsqu'il s'agit du pouvoir politique. C'est ainsi que l'adjectif *machiavélique* est associé à un comportement dénué de sens moral.

L'adjectif construit à partir de nom de Machiavel est devenu péjoratif au fil du temps dans l'opinion publique. La personne qui est aujourd'hui qualifiée de *machiavélique* cherche par tous les moyens à augmenter son pouvoir et ses prérogatives sans tenir compte des convenances c'est-à-dire des normes de conduites socialement admises. L'être *machiavélique* n'hésite pas à passer outre les règles d'une conduite dite morale pour arriver à ses fins. Il faut aussi noter l'absence d'honorabilité de ses fins, car celles-ci visent à sa propre fortune, elles servent l'intérêt particulier. Voilà bien l'objet de la corruption moderne du sens de la pensée de Machiavel. Il est en effet incorrect de prêter à Machiavel de telles intentions.

Les conseils de Nicolas Machiavel ne visent en aucun cas l'intérêt personnel, au contraire le but de la conduite préconisée par Machiavel est bel et bien de servir l'intérêt commun. C'est d'ailleurs dans l'intérêt commun que le Prince est enjoint à sacrifier son sens moral et ce quoi qu'il lui en coûte. La médecine quant à elle, n'est-elle priée de faire tout ce qui est en son pouvoir pour sauver l'enfant ? N'est-elle pas en droit d'user de tous les moyens disponibles pour le guérir ? Ne faut-il pas sauver l'enfant à tous prix ? Même s'il faut pour cela déroger aux règles usuelles. Quel prix le soignant est-il prêt à payer pour soigner l'enfant ou plutôt quel prix l'enfant doit-il payer pour être soigné ? La survie de l'enfant s'apparente à l'intérêt général qui dépasse l'intérêt particulier. Les préceptes de Machiavel semblent être valables aussi dans ces circonstances. Le choix de gouverner son action en vue de l'intérêt supérieur de l'Etat peut correspondre en tous points à l'action thérapeutique en vue de l'intérêt supérieur de la Médecine. Cette dernière agissant pour rétablir et maintenir la santé au même titre que l'Etat agit pour maintenir l'ordre et la prospérité du pays.

Il existe une analogie entre le pouvoir de l'Etat et celui de la médecine qui nous conduit à étudier en quoi la démarche des soignants peut s'apparenter à une démarche « machiavélique ». A l'usage du terme *machiavélique* devrait se substituer celui de *machiavélien* pour qu'il soit entendu comme conforme aux principes de la politique de Machiavel.

2. D'une approche machiavélienne ?

Une légende noire fait de l'auteur du Prince un penseur ayant réduit l'art politique à une simple habileté, habileté dont la seule fin serait la conquête et la conservation du pouvoir, cette fin « justifiant » l'usage de tous les moyens nécessaires, même ceux que la morale commune réprouve avec horreur. Mais outre que pareille légende oublie les passages où Machiavel réclame du Prince la pratique de la *virtu*, grave serait la confusion de la morale machiavélique et de la morale machiavélienne : s'il arrive à celle-ci de justifier l'usage de moyens moralement contestables pour parvenir à de bonnes fins (l'évitement de la guerre civile par exemple), jamais en revanche elle ne justifie l'usage des pires moyens au service des pires fins, ce que ferait celle-là.

En d'autres termes l'affirmation machiavélienne d'une autonomisation de la politique d'avec la morale ne justifie pas que notre auteur soit qualifié de « machiavélique », si par machiavélique on entend la méchante habileté, l'habileté et l'intelligence les plus rusées mises au service du mal.

Remarquant d'abord à quel point le discours médical empreinte au discours guerrier, nous nous demanderons ensuite dans quelle mesure la médecine moderne est machiavélienne, dans quelle mesure elle est machiavélique. Puisque c'est la valeur de l'intention et de la fin qui sépare le machiavélien du machiavélique, il nous faudra donc réfléchir aux fins réelles poursuivies de nos jours par la médecine. : la santé, la préservation de la vie sont-elles toujours de bonnes fins ? Quelles sont les intentions des soignants qui veulent les atteindre ? La méchanceté des moyens est-elle parfois justifiée ?

Du combat au prix de la victoire

Toute chose étant égale par ailleurs, le discours médical combatif à propos de la maladie se rapproche d'un discours guerrier. Les avancées médicales sont des *victoires* sur la maladie. Pour vaincre, il faut batailler. Ne dit-on pas d'ailleurs que l'on se *bat* contre la maladie ?

A plus grande échelle, des *campagnes* sanitaires font reculer le paludisme, éradiquent la rubéole, à la manière d'une armée qui repousse ses adversaires.

La maladie est un ennemi qui envahit le territoire du corps, la médecine tente de la repousser, tel un fidèle défenseur. « Les métastases ont envahi les poumons », « l'infection se propage », voilà des exemples d'invasions entendus bien souvent au cours de mes études d'infirmière. La médecine livre *bataille*, on parle de *lutte* contre les infections nosocomiales, malheureusement il existe des germes multi-*résistants*. Certaines affections nécessitent un traitement d'*attaque*. Les mots utilisés en médecine croisent le champ lexical du combat. A l'inverse, il arrive que les militaires empruntent eux-mêmes le lexique médical. On évoque une « frappe chirurgicale » pour parler d'un bombardement très localisé. La chirurgie est associée à l'asepsie.

De même que la médecine emprunte du vocabulaire à l'armée pour donner à entendre la nécessité de son engagement parfois brutal, de même le langage militaire utilise un terme chirurgical pour suggérer précision et propreté et pondérer son action.

Le vocabulaire médical courant nous donne donc à entendre l'engagement et la nature de la mission remplie par la médecine. Les mots traduisent une déclaration de guerre contre la maladie. Et comme dans toutes situations de conflit, il faut avoir des alliés. Il s'agit de trouver des soutiens pour soigner une pathologie ou en tous cas, mieux la contrôler alors on parle d'*alliance thérapeutique* avec le patient. Une *alliance*, qu'il est étonnant de devoir nommer. Le malade n'est-il pas nécessairement l'allié de la médecine? Ou plutôt, la médecine ne doit-elle pas par définition, s'allier au malade pour le soigner ?

Il faut donc imaginer que dans certains cas la lutte s'engage exclusivement entre médecine et maladie, car parfois seule la médecine détient le réel pouvoir de soigner, d'autre fois elle ne cherche tout simplement pas à partager ce pouvoir. Comme si le combat était un duel entre médecine et maladie auquel assisterait passivement le patient.

Il est vrai que le malade n'a pas souvent la maîtrise des moyens médicaux nécessaires à sa guérison. L'importance de la santé holistique qui implique totalement la personne dans son processus de guérison n'est aucunement remise en question, le propos est ici de souligner la fonction salutaire de la médecine face à certaines pathologies.

L'enfant atteint d'une leucémie ou qui souffre d'une septicémie doit recevoir des soins médicaux pour espérer survivre. L'homme accidenté dont l'artère est sectionnée ne doit son salut qu'à l'intervention chirurgicale qui stoppe l'hémorragie. La médecine a dans de très nombreuses situations les moyens de guérir, elle détient dans certains cas le pouvoir de sauver la vie, elle possède le savoir nécessaire pour le faire. Les ingrédients sont réunis pour fonder l'autorité médicale. Son savoir cautionne son pouvoir de prescrire ce qu'il faut faire, d'édicter des *lois* qui conditionnent la santé.

Un exercice du pouvoir qui nous oblige

La médecine exerce son pouvoir de guérison sur les malades, qui s'en remettent à son autorité. Or celle-ci doit s'exercer dans des circonstances complexes. Le médecin doit choisir la bonne technique, le bon médicament, trouver le meilleur le moyen. Il faut non seulement bien choisir la thérapeutique mais il faut aussi le faire au bon moment, l'opportunité de faire ou de ne pas faire s'ajoutant à la longue liste des choix qui se présentent, rendant la décision d'autant plus complexe. L'exercice du pouvoir médical présente finalement de grandes similitudes avec celui du pouvoir politique décrit par Machiavel.

Le Prince qui décide pour son pays ne doit-il pas lui aussi se déterminer rapidement à faire ou à ne pas faire une action politique, décision qu'il faut prendre au regard d'une profusion de variables géopolitiques complexes ? Machiavel partage avec le lecteur du *Prince* la réalité de l'exercice politique, enseignant la manière d'exercer le pouvoir. Le Prince doit pouvoir examiner les situations avec réalisme pour gouverner.

« Il y a si loin de la manière dont on vit à celle dont on devrait vivre, que celui qui laisse ce qui se fait pour ce qui se devrait faire apprend plutôt à se détruire qu'à se préserver : car un homme qui en toute occasion voudrait faire profession d'homme de bien, il ne peut éviter d'être détruit parmi tant de gens qui ne sont pas bons. »⁵

Il faut cesser d'idéaliser le monde pour espérer y faire face et gouverner en fonction d'une difficile réalité.

Jeune infirmière je rêvais d'un partenariat avec les patients pour réaliser les soins, j'imaginai une médecine faite de concessions, compréhensive et attentionnée. C'était sans compter sur la cruauté de la maladie, sans connaître la dureté du combat qu'il faut engager pour espérer la survie du patient. Voilà bien l'analogie du message de Machiavel que la médecine retient pour exercer son pouvoir de guérir.

Pour ne pas risquer de laisser périr le malade, il faut parfois se montrer intransigeant, voir cruel. Lorsqu'un cancer agressif s'attaque à la hanche d'une enfant alors les sentiments ne sont plus de mise, il faut prendre les décisions qui s'imposent : amputer la partie malade, même si cet acte semble affreux. Le Prince doit préférer la clémence à la cruauté, mais il doit aussi pouvoir se montrer cruel envers quelque uns lorsqu'il s'agit du salut de la cité tout entière.

« César Borgia était tenu pour cruel ; cependant, cette sienne cruauté avait rassemblé la Romagne, l'avait unifiée, réduite en paix et fidélité. Ce en quoi, à bien considérer les choses, on verra qu'il a été beaucoup plus pitoyable

⁵ Machiavel, *Le Prince*, Paris, Flammarion, 1993, p.132.

que le peuple florentin, lequel, pour éviter le nom de cruel, laissa détruire Pistoia »⁶.

Lorsque le chirurgien ampute la jambe de la jeune fille malade, il sacrifie une partie du corps de celle-ci pour lui sauver la vie. Le chirurgien est à sa manière un César Borgia plus clément que ne pourrait l'être celui qui se targuerait de délicatesse et de clémence envers la jambe de la jeune fille, la laissant ainsi mourir sans lui avoir fait le moindre mal. Le Prince est parfois conduit par obligation à mal agir, c'est-à-dire de manière contraire aux principes du bien. Alors les actes de celui-ci peuvent apparaître, de primes abords, cruels et méchants, tout comme les gestes invasifs médicaux réalisés pour soigner peuvent sembler agressifs et violents.

Mais il faut « [...] bien comprendre qu'un prince, et surtout un prince nouveau, ne peut observer toutes ces choses pour lesquelles les hommes sont tenus pour bons, étant souvent contraints, pour maintenir l'Etat, d'agir contre la foi, contre la charité, contre la religion. »⁷ Mais le Prince agit-il pour autant par *méchanceté* ? Si le Prince agit contre les principes du bien, il le fait dans une bonne intention, guidé par la notion d'un bien supérieur, celui de l'unité et le maintien de l'Etat. Cela exige même de lui une forme d'abnégation, car le prince n'ignore pas qu'il n'agit pas conformément au bien et dans la mesure du possible il évitera d'user de tels procédés.

« Aussi faut-il qu'il ait un esprit disposé à tourner selon que les vents de la fortune et les variations des choses le lui commandent, et comme j'ai dit plus haut, ne pas s'écarter du bien, s'il peut, mais savoir entrer dans le mal, s'il le faut. »⁸.

Les conseils de Machiavel rejoignent ceux que l'on peut entendre dans les couloirs des hôpitaux. Les *maitres* en médecine : médecins séniors ou chefs de services, expliquent eux aussi à leurs élèves : étudiants en médecine, internes et jeunes chefs de cliniques, qu'il faut parfois éviter de céder à la « sensiblerie » pour pouvoir prendre les décisions qui s'imposent.

⁶ *Ibid*, p.137.

⁷ *Ibid*.

⁸ *Ibid*, p.143.

Il s'agit de s'adapter à des situations graves où le danger menace, et au besoin de décider, de faire mal, c'est-à-dire de provoquer de la douleur voire même parfois d'engendrer des séquelles. Il ne s'agit pas ici de faire *le* mal, car nous ne parlons pas de faute morale, mais comme le veut l'expression « de choisir un mal pour un bien ». Il s'agit de s'écarter temporairement des principes de bienfaisance, ou de charité pour le salut du malade.

Et les exemples où les actions médicales, où les actes de soins semblent contraire à ces principes sont nombreux. En effet il n'est pas très charitable de refuser de l'eau à celui qui a soif (parce qu'il doit être anesthésié), pas plus qu'il ne semble bienveillant d'attacher un malade (pour permettre la réalisation du soin). L'espoir d'un avenir justifie que l'espace d'un instant, certains principes soient mis entre parenthèses, la fin justifiant les moyens.

Le contexte, et les enjeux sont donc aux yeux de Machiavel et par extension, aux yeux de tous ceux qui justifient leurs actes au nom d'un intérêt supérieur, des éléments qui interviennent dans la dérogation accordée au code des principes du bien. Or les limites des dérogations peuvent parfois devenir floues. Dans les domaines de la médecine, les limites des dérogations justifiées par un intérêt supérieur se brouillent et l'on peut ainsi déroger à certaines règles alors que la situation ne le justifie plus. Le problème commence donc à se poser lorsque l'exception devient trop souvent la règle.

3. Du risque de se tromper de combat

L'extension de l'exception à la règle est ce qui devient problématique tant en politique qu'en médecine. L'élargissement des possibilités de la médecine moderne modifie quelque peu le contexte dans lequel le prédicat de Machiavel trouve son sens, c'est-à-dire dans les situations extrêmes de la sauvegarde de la vie. La médecine exerce dorénavant son pouvoir dans des domaines élargies : l'hygiène, l'éducation, la puériculture, qui n'ont plus seulement à voir avec la pathologie.

Cet élargissement des situations concernées par la médecine ne signifie pas pour autant qu'il soit légitime en toutes circonstances d'user de tous les moyens pour parvenir à ses fins. Voyons dans quelle mesure cela se produit. Et pour mieux le comprendre reprenons rapidement de quelle façon le champ médical s'est élargi.

D'une médecine combative à une volonté hégémonique

La révolution scientifique médicale, depuis la fin du XIX^e siècle, a permis de livrer brillamment bataille à de très nombreuses affections. Au XX^e siècle rien ne semble plus pouvoir lui résister ! La médecine semble donc d'abord victime de ses succès, prise au piège de sa propre expansion. Enivrée par ses victoires sur la maladie, la médecine a pris la liberté de se *faufiler* dans de nombreux territoires, au risque de violer l'intimité, la liberté des personnes, au nom du bien de l'humanité.

Initialement partie à la conquête de la maladie, la médecine s'est installée dans ce que l'on pourrait considérer comme les territoires de la *thérapeutique et du diagnostic*. On y retrouve la chirurgie, l'antibiothérapie, la chimiothérapie dont les indications prennent leur source au pays des scanners, des analyses biologiques et autres examens diagnostics.

Mais les territoires du traitement d'une pathologie ouvrent leurs frontières à la découverte des facteurs de risque, eux-mêmes s'ouvrant sur une *médecine préventive* ou de *santé publique*. « Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent. »⁹ On débusque la maladie là où n'existe pas encore. Il s'agit du triomphe de la médecine comme le dépeint avec ironie Jules Romains. Il s'opère alors une bascule significative car la médecine en entrant dans le territoire de la mesure des variables à l'échelle d'une population, c'est-à-dire dans le domaine de l'épidémiologie, quitte en quelque sorte le domaine du singulier. La médecine initialement tournée vers une clinique singulière devient collective.

⁹ Romains, Jules, *Knock*, acte I scène 1, Gallimard/ Folio, 1972.

L'échelle des bénéfices médicaux ne s'étalonne plus seulement sur un malade mais sur une cohorte de patients. Les domaines d'application de la norme s'étendent naturellement au-delà de la circonscription individuelle.

Les normes fixent les critères de ce qui est normal et par conséquent à ce qui est anormal, et ce bien au-delà des critères du fonctionnement physiologique du corps. En effet la médecine ne connaît pas de frontière à son champ d'investigation, tout ce qui concerne l'humain devient de son ressort. Les études débordent le contexte purement organique, elles s'intéressent naturellement aux aspects psychiques et sociaux.

La médecine se penche désormais sur la normalité des comportements humains, celui des enfants entre autre. Citons l'exemple d'une « expertise collective de l'INSERM publiée le 22 septembre 2005 qui préconisait de rechercher chez l'enfant, dès l'âge de trois-quatre ans, les signes "prédictifs" d'une délinquance future »¹⁰. Cette expertise illustre bel et bien l'expansion de la définition des normes au-delà de l'intérêt individuel de l'enfant en l'occurrence. Cette expertise avait d'ailleurs fait l'objet d'une vive critique du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) le 6 février 2007 qui précisait dans son compte rendu, les graves problèmes éthiques que pose ce type de recherche prédictive.

Le dépistage de la délinquance à l'âge des couches culottes sous couvert d'une science du comportement fondées sur des normes « médicales », et ce, en vue d'établir un projet de loi nous fournit l'exemple caricatural du passage du normatif au législatif. Une analyse foucauldienne de cette situation n'eut sans doute pas manquée de piment tant elle pourrait illustrer la notion du pouvoir biopolitique.

« Ce sont ces phénomènes-là, qu'on commence à prendre en compte à la fin du XVIIIe siècle et qui amènent la mise en place d'une médecine qui va avoir, maintenant, la fonction majeure de l'hygiène publique, avec des organismes de coordination des soins médicaux, de centralisation de l'information, de normalisation du savoir, et qui prend aussi l'allure de campagne d'apprentissage de l'hygiène et de médicalisation de la population. Donc, problèmes de la

¹⁰ Archive du 13/02/2007 du site internet : vie-publique.fr

reproduction, de la natalité, problème de la morbidité aussi. L'autre champ d'intervention de la biopolitique va être tout un ensemble de phénomènes [...]. »¹¹

La pédiatrie est un champ particulièrement concerné par ces changements car elle se place à la croisée de l'éducation, de la santé et du sociétal. Education, diététique, développement psycho-affectif sont autant de domaines où la médecine a fait valoir son autorité. C'est ainsi que subrepticement la médecine en arrive à faire des recommandations à propos de nombreux domaines de la vie quotidienne. Du domaine hospitalier et médical, la médecine s'est étendue à la sphère privée, infiltrant le mode de vie de ses conseils et de ses injonctions. Les bonnes *mœurs* édictées par la médecine deviennent une *norme* reconnue et admise comme formelle. Or le fait que les considérations concernant l'éducation des enfants soient passées de l'ordre du bon sens, de l'opinion ou des traditions à la norme scientifique, a des conséquences.

Désormais la médecine gouverne en quelque sorte la santé, elle a le devoir de protéger le malade d'une pathologie mais aussi le cas échéant de lui-même, de ses *passions* qui mettent sa santé en danger. Aujourd'hui le pouvoir de la médecine moderne s'exerce sur tous : malades ou bien portants car ces derniers sont des malades potentiels.

Lorsque la *méchanceté* de la maladie, qui justifie l'action médicale se déplace sur le malade lui-même, alors on peut dire que l'exercice du pouvoir médical se corrompt. Sa vocation ne vise plus à repousser la maladie mais à faire grandir et à entretenir le pouvoir acquis en l'exerçant sur les personnes malades.

Dans ce cas, la démarche médicale peut être taxée de machiavélique au sens péjoratif du terme, c'est-à-dire dans son acception de perfidie. La démarche machiavélique est perfide lorsqu'elle trahie son intention première : servir un intérêt supérieur : celui de la personne. Car il est conforme aux principes de Machiavel, de faire plier la maladie au profit du malade mais la démarche devient déloyale et perfide lorsque la médecine agit pour elle-même, dans le seul but d'assoir son pouvoir, sans aucune considération pour l'intérêt du malade et quitte à ce que ce soit au détriment de la liberté de l'individu.

¹¹ Foucault, Michel, Cours du 17 Mars 1976, "*Il faut défendre la société*" Cours au Collège de France (1975-1976).

Le pouvoir médical sert alors ses propres intérêts et non plus ceux du malade, tout comme cela peut se constater parfois dans l'exercice du pouvoir politique. La corruption du pouvoir médical est le plus souvent la conséquence d'une ambition scientifique qui a pour conséquence d'écraser l'intérêt particulier du patient au profit de l'intérêt scientifique général.

Dans ce cas la médecine demeure prisonnière d'un tourbillon de progrès qui l'amène à la mégalomanie. La soif de la découverte médicale et l'appétit de nouvelles connaissances qui honorent celui qui les découvre peut éloigner le médecin de son devoir initial. Enivré par son rêve prométhéen, le médecin se met alors plus au service de la science médicale qu'à celui qu'il soigne.

C'est au nom de la personne, de la protection de la santé et de la promotion d'une humanité que l'on voudrait parfaire, que la science médicale a déviée de son devoir fondateur de protection et de respect de la vie humaine.

De la trahison à la haute trahison

La participation aux politiques eugénistes est tristement emblématique de la corruption et donc de la trahison de la déontologie médicale. L'objectif était de promouvoir un certain nombre de caractéristiques pour faire face au risque de *dégénérescence* des hommes, essentiellement au profit d'une catégorie d'entre eux, sous couvert de conceptions évolutionnistes. Inspirée des théories darwiniennes, la science des « biens nés » pense des procédés de sélection sur le modèle de l'élevage agricole. Le premier terme utilisé par un des théoriciens¹² à l'origine des conceptions scientifiques eugénistes fut celui de *viriculture* qui signifie textuellement l'élevage de l'homme comme l'ostréiculture parle de celui des huîtres. Il faut remarquer ici la proximité du terme *puériculture*¹³, qui nous est encore familier aujourd'hui, et qui est vu le jour à la même époque.

¹² Francis Galton 1822-191 : inventeur du terme « Eugénisme », initialement nommée « viriculture »

¹³ Docteur Caron : inventeur du terme Puériculture en 1863, dans un article intitulé « la puériculture et l'hygiène de la première enfance » publié dans le Courrier médical du 28 novembre.

L'éventuelle analogie à la volonté de faire de l'enfant un être plus fort, et plus résistant est un héritage qu'il ne nous faudra pas négliger dans le développement de la réflexion à propos des soins délivrés aux enfants en pédiatrie.

Nous constatons qu'il s'avère nécessaire de faire un pas de côté quant aux conceptions scientifiques progressistes qui sous prétexte d'améliorer la condition humaine peuvent déboucher sur des procédés déshumanisants tels ceux de l'eugénisme.

Le fait que ces dispositifs déshumanisants soient le fruit d'une ambition médicale, justifie de nous attarder sur ces notions d'eugénisme dans le début de notre travail. Il s'agit de se méfier d'un *honorable* idéal, qui encadré par les scientifiques et les médecins, peut pousser à son extrême la subjectivation humaine en institutionnalisant par exemple une politique de stérilisation. C'est aux Etats Unis dans l'état de l'Indiana que verra le jour en 1907, la première loi de stérilisation.

En 1950 ce sont trente-trois Etats des Etats Unis qui ont adopté ces lois qui concernent la stérilisation forcée des « des auteurs de crimes sexuels mais aussi des fous, des aliénés, des épileptiques, des aveugles, des malentendants, ainsi que les personnes atteintes de divers déficits sensoriels jusqu'aux vagabonds, voire les dégénérés de la civilisation. [...] »¹⁴

A la fin des années 1960, ce sont soixante-huit mille personnes qui ont été stérilisées aux Etats-Unis et soixante mille personnes au Danemark¹⁵. Dès 1907, une *Société d'eugénisme* est créée en Angleterre et de nombreux autres pays du monde suivront ce modèle dans les années qui suivirent. L'Allemagne fonde quant à elle dès 1903 une société d'hygiène sociale et en 1925 la Ligue allemande pour la régénération nationale.

¹⁴ Conférence de Jacques Battin, professeur émérite de pédiatrie et génétique médicale - Université Victor Segalen Bordeaux 2, Membre titulaire de l'Académie Nationale de Médecine. Conférence : L'ancien et le nouvel eugénisme : les leçons de l'histoire. Saison 2004-2005. http://www.canalu.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/l_ancien_et_le_nouvel_eugenisme_les_lecons_de_l_histoire.1834

¹⁵ « Les eugénistes américains défendaient la stérilisation forcée », Article paru dans le journal *le Monde* du 27 Aout 1997.

En 1922 paraît un ouvrage dont les auteurs prônent des solutions plus radicales encore que celle de la stérilisation forcée dont le titre se traduit par « Le droit de détruire la vie dénuée de valeur »¹⁶. Les préconisations édifiantes de cet essai annonçaient déjà les atrocités générées par l'idéologie nazie. Mais il faut noter que l'on retrouve en 1935 la publication par le Docteur Alexis Carrel, prix Nobel de médecine en 1912, d'un ouvrage¹⁷ qui préconise également l'euthanasie de certains individus dans le cadre d'une théorie de restauration eugéniste de l'homme.

Ces rappels historiques prouvent à quel point la catastrophe humaine organisée par le troisième Reich s'inscrit dans un courant idéologique auquel la science médicale, issue de très nombreux pays dans le monde, a largement participé. Le rapprochement des travaux scientifiques et des courants idéologiques dont témoignent les exemples que nous venons de citer à propos de l'eugénisme, démontre la porosité des frontières de l'exercice des soins.

En effet, lorsque la médecine s'exerce sous couvert d'une argumentation « humanitaire », d'une volonté de faire le bien de la personne ou plutôt et c'est là, la source la plus extrême du danger, pour le bien d'un grand nombre, alors il devient possible de déroger aux règles fondatrices du respect de la vie humaine.

Toutes les frontières de la déontologie médicale ont été franchies par les médecins et les soignants qui ont participé au programme idéologique raciste et antisémite nazi durant la deuxième guerre mondiale.

La médecine s'est alors littéralement mise au service du mal, en agissant volontairement contre l'intérêt de la personne humaine. Certains médecins et soignants ont usé de leur savoir et de leur pouvoir pour servir une idéologie raciste et totalitaire.

« Cette rencontre entre la médecine et l'Etat a produit dans la première moitié de ce siècle une perversion majeure, une véritable crise de la médecine et de l'éthique : le rôle central des biologistes et des médecins dans l'élaboration des théories raciales nazies, puis dans la sélection des victimes, la médicalisation de

¹⁶ Binding, Karl et Hoche, Alfred, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: ihr Mass und ihr Ziel* (1920), BWV Verlag, 2006.

¹⁷ Carrel, Alexis et Soupault, Robert, *L'homme, cet inconnu*, Plon Paris, 1935.

l'extermination et l'expérimentation médicale transformée en torture dans les camps nazis sont les faces les plus visibles d'un courant plus large [...]. »¹⁸

La téléologie de la médecine qui vise ordinairement à sauver la personne est littéralement inversée par les médecins tortionnaires qui cherchent à détruire le sujet. Le comité médicale de la section française d'Amnesty International s'est penché sur la question difficile de la participation de la médecine à des actes de torture en rappelant également les actes de résistances dont certains médecins et soignants avaient pu faire preuve.

La médecine est donc capable du meilleur comme du pire. Voilà un constat qui doit rester en mémoire et instruire une vigilance permanente. Ce constat doit sonner comme un rappel à l'ordre éthique qui reste d'actualité bien que les circonstances actuelles soient heureusement moins catastrophiques. Une vigilance qui vaut à chaque instant pour celui qui soigne car comme le souligne Paul Ricœur dans la préface de ce livre.

« Le principal est que la participation de certains médecins à la torture n'est pas une aberration sans lien aucun avec la pratique médicale honnête, mais qu'elle constitue le pôle extrême d'une gamme continue de compromissions, dont l'autre pôle se confond précisément avec la pratique médicale "normale"; tout commence, en effet, sur ce plan, dès l'instant où cette pratique se réduit à une technique, certes scientifiquement instruite, mais dissociée d'une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance d'autrui et respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne »¹⁹.

Paul Ricœur repère, qu'en dehors de situations injustifiables et hors normes de la participation de la médecine à des actes de barbaries, la médecine *honnête* s'exerce tout de même dans une vaste gamme de compromissions.

¹⁸ Med, Amn Int Com, *Médecins tortionnaires, médecins résistants : les professions de santé face aux violations des droits de l'homme*. Amnesty Internationale Comité médicale, Paris, La Découverte, 1989.

¹⁹ *Ibid*, p.6.

Voilà bien la difficulté à laquelle nous faisons face : l'enchevêtrement du risque d'un abus de compromissions au sein d'une pratique médicale « normale ».

Il ne s'agit pas de chercher la torture dans un registre totalement autre que celui de la médecine, car poussée à l'extrême la technique médicale amputée de la sollicitude devient torture. Comme si à force « d'arrangements » éthiques opérés dans l'intérêt (médical) supérieur du malade, la médecine en oubliait son objet. Le risque semble donc permanent et la banalisation d'un acte de soin telle que la contention de l'enfant ne semble jamais loin d'un compromis excessif fait aux principes fondateurs du soin. Mais de quelle manière ce compromis ordinaire tombe-t-il dans l'excès ?

Chapitre II : D'un compromis ordinaire à la banalisation de la contention

En effet, les compromissions s'avèrent nécessaires pour soigner. La pratique de la médecine demande parfois d'accommoder les convictions qui sous-tendent son exercice. Il faut quelquefois transiger avec ses principes. Voilà une observation qui n'est pas sans rappeler celles de Nicolas Machiavel à propos de l'exercice de celui qui gouverne. Le chirurgien qui tranche dans la chair de la personne doit pouvoir objectiver le corps de celle-ci pour parvenir à ses fins. Le soignant doit pouvoir se montrer intransigeant lorsqu'il s'agit de réaliser un geste indispensable à la survie d'un enfant alors que celui-ci refuse et se débat. Dans ces circonstances il semble indispensable de transiger avec le principe de respect de la volonté de la personne. Le curseur de l'agir est donc difficile à placer et ce d'autant plus que la manière de placer le curseur varie d'une situation à une autre, d'un malade à un autre. La définition d'une pratique éthique ne peut donc se faire par *polarité*. Tout clivage excessif semble impossible.

L'exercice éthique ne se caractérise pas par une bonne ou une mauvaise pratique, où les gestes et les actions seraient concentrées les uns à l'opposé des autres, aux deux extrémités d'un juste exercice, ou pour le dire en reprenant les termes de Paul Ricœur : aux bornes extrêmes d'une gamme de compromissions. La médecine ne peut être par conséquent ni machiavélique ni manichéenne.

1. Où situer la contention sur l'échelle des compromissions ?

Où faudrait-il alors placer le curseur dans la gamme des compromissions en ce qui concerne la pratique de la contention forte de l'enfant lors d'un soin ? Nous disions impossible de nous contenter d'une vision manichéenne à propos de la démarche générale de la médecine. Il semble tout autant inapproprié d'affirmer que la contention dans le cadre de la réalisation des soins en pédiatrie est bonne ou mauvaise. Et effet, impossible de renoncer tout bonnement au soin, et difficile dans le même temps d'être en situation d'user de la force pour soigner l'enfant.

De même il nous faut dire que l'usage de la contention n'est pas non plus machiavélique comme nous en avons fait la démonstration un peu plus tôt au sujet de la médecine de manière générale (sauf exception monstrueuse). En effet, il ne semble pas y avoir de *méchanceté* de la part du soignant qui use de la contention forte envers l'enfant qu'il soigne (sauf exception monstrueuse).

La mise en garde de Ricœur résonne, lorsqu'on oublie d'associer une sollicitude attentive pour celui-là même pour qui l'on transige momentanément. Alors le risque de *se* compromettre devient grand. Une compromission aveugle et détachée du sujet conduirait donc à exposer le soignant à un discrédit. La compromission à laquelle il consent, ne trouverait plus dans ce cas de justifications valables et son attitude pourrait ainsi basculer dans ce qui pourrait être assimilée à une conduite sadique.

D'une parenthèse au sujet d'une pratique sadique

Au vu de cette affirmation, il nous semble nécessaire de faire une rapide mise au point concernant la possibilité qu'il existe une forme de *sadisme* du soignant qui s'exprimerait au travers de l'usage de la contrainte physique. Nous ne négligeons pas le fait qu'il existe des soignants qui puissent avoir tendance à jouir de la souffrance infligée à l'enfant. Mais il s'avère essentiel de clarifier exactement à quoi renvoie la notion de sadisme.

Le terme *sadisme* est utilisé ici dans son acception psychanalytique. Il est utilisé indifféremment par Sigmund Freud pour désigner des états psychiques d'ordre différents.

Ces états dont l'origine est commune (défaut de la fonction régulatrice des mécanismes de refoulement, la sublimation, etc...) ne conduisent pas au même résultat. Et il nous faut distinguer une perversion caractérisée d'une tendance ou d'une pulsion sadique.

« Le sadisme correspondrait alors à une composante agressive de la pulsion sexuelle, qui se serait autonomisée, exacerbée, et qui par déplacement aurait été poussée à la place principale. [...] La notion de sadisme oscille dans l'usage entre un positionnement seulement actif, puis violent envers l'objet sexuel, et la liaison exclusive de la satisfaction et la soumission et au mauvais traitement de l'objet. A strictement parler, seul ce dernier cas extrême doit être considéré comme une perversion.»²⁰

La différence entre la perversion avérée et la tendance au sadisme est primordiale car elle ne traduit pas du tout le même type de conduite. Il nous faut pourtant imaginer que certaines personnes puissent avoir une certaine tendance à éprouver une satisfaction voire du plaisir à faire mal à l'enfant. Les mécanismes sous-jacents à ces dispositions sont complexes et liés à des processus archaïques inconscients que nous n'avons pas moyen d'explorer ici.

Sans trop entrer dans ces processus psychopathologiques compliqués, il nous faut tenir compte du pouvoir attractif de l'exercice d'un métier auprès d'enfants, pour des personnes présentant des tendances sadiques, compte tenue de la vulnérabilité des enfants. Freud avait d'ailleurs relevé ce fait. Cependant le secteur hospitalier ne s'avère heureusement pas propice à l'expression de perversion sadique.

Contrairement au milieu scolaire par exemple où les enfants sont seuls avec l'adulte, l'enfant hospitalisé est entouré par de nombreux adultes et il est souvent accompagné de ses parents. Ce qui fait de l'hôpital pédiatrique un lieu moins favorable, d'un point de vue structurel, à l'expression de pulsions perverses pédophiles par exemple. (Ce qui n'en exclut pas pour autant totalement les risques et qui exige tout de même précaution et vigilance concernant ces événements.)

²⁰ Freud, Sigmund, trad. Géraud, Marc, *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, [1905], Points, 2013. emplacement 1010-1014 /3282 Kindle .

D'autre part, l'équipe peut exercer un pouvoir de contrôle vis-à-vis de comportements sadiques caractérisés. Autant les habitudes et les organisations subissent l'influence du groupe, autant le groupe professionnel assure une fonction protectrice vis-à-vis de conduites qui seraient clairement identifiées comme volontairement sadiques.

Le problème est donc bien d'identifier ce qui relève d'une conduite inhabituelle ou légitime d'une pratique illégitime. Mais tout usage de la force ne traduit pas, et loin s'en faut heureusement, une tendance sadique délétère.

D'une tendance exceptionnelle à des mécanismes psychiques plus courants

Cependant il est aussi possible d'imaginer que dans certaines circonstances le soignant qui se voit repoussé par l'enfant, alors même qu'il souhaite lui venir en aide, en assurant les soins dont il a besoin, puisse se sentir frustré.

Certes le soignant que l'enfant repousse est démuni et ne trouve pas systématiquement d'alternatives mais il peut également ressentir de la colère envers l'enfant. Parfois l'enfant agité peut donner des coups en tentant de s'échapper et cela peut déclencher des émotions négatives chez les soignants.

On peut alors interroger la réactivation de conflits anciens et oubliés et non réglés ou lorsque le soignant était enfant, et a eu lui-même à se débattre ou à accepter de telles situations... On peut questionner l'influence que pourrait avoir ce souvenir (refoulé ou pas, conscient ou inconscient) sur le soignant qui serait alors indirectement aux prises avec lui-même plus encore qu'avec l'enfant. Il pourrait peut-être ressentir les réminiscences d'une colère éprouvée lorsqu'il était enfant. Une colère qui pourrait jaillir à l'occasion du soin mais qui trouverait sa source bien ailleurs, nichée dans l'inconscient de l'adulte.

Or le fait de ressentir de la colère envers un enfant vulnérable et en détresse n'est pas une situation psychique agréable lorsqu'on est sensé lui témoigner de la sollicitude. Alors il semble que le mécanisme psychique qui se met en place à ce moment-là des soins, s'apparente à un mélange, selon la situation, de projection, d'annulation, ou de dénégation plutôt qu'à une tendance sadique.

Il faut relever ici que les mécanismes psychiques évoqués concernant les soignants (annulation, dénégation ou projection) sont justement des mécanismes très utilisés d'ordinaire par l'enfant, comme si les soignants de pédiatrie avaient conservés dans une certaine mesure des mécanismes psychiques d'enfants. Une proximité qui explique peut-être le choix de travailler en pédiatrie.

Le soignant qui ressent de la colère peut ainsi avoir tendance par exemple à projeter inconsciemment sur l'enfant les émotions qu'il ressent lui-même mais qui l'embarrassent, comme cela peut être le cas avec la colère par exemple. D'autre part on peut imaginer une tendance à dénier la réalité de l'enfant qui met le soignant mal à l'aise. Une réalité où l'enfant est en détresse du fait des agissements du soignant, même si ces derniers sont sous tendus par une bonne intention initiale. Il n'en reste pas moins que le soignant est objectivement le promoteur de la douleur ou de la détresse de l'enfant. C'est peut-être ce qui explique que l'on entende parfois des phrases telles que celles-ci : « mais tu n'as pas de raison de t'agiter comme cela, on ne te fait rien » alors même que l'enfant est tenu par quatre personnes et qu'on réalise un geste invasif.

Pour dépasser la gêne ou le malaise qui surgit de la situation de la contrainte, le soignant annule en quelque sorte la réalité de celle-ci. Le plus souvent il s'agit d'une dénégation ponctuelle qui gomme ou minimise la détresse de l'enfant.

Mais que se produit-il lorsque cette annulation de la réalité de l'enfant se répète ? Que se passe-t-il lorsque cette dénégation est partagée par toute une équipe ? Les pressions qui conduisent à l'usage de la contention semblent s'exercer à plusieurs niveaux sur les soignants : au niveau conscient et inconscient et cela de manière individuelle et collective. Est-il possible de considérer que le mécanisme inconscient individuel se transforme en une justification pour la conscience collective ? Ou faut-il plutôt envisager que la conscience collective qui justifie la contention, voile des mécanismes inconscients par définition inaccessibles ?

Il semble que vouloir répondre catégoriquement à ces interrogations nous conduise à une impasse. En effet, nous comprenons à quel point l'enchevêtrement des éléments, (conscients et inconscients, individuels et collectifs) interdit toute réduction simpliste du phénomène de la contention.

Attachons-nous pour le moment à ce qui semble être plus le accessible de prime abord, à savoir ce qui justifie la contention aux yeux des soignants.

2. De ce qui justifie la contention

Revenons quelques instants sur le personnage du *méchante* que le rôle de soignant pourrait nous faire endosser. Ne peut-on pas lire cette accusation muette dans le regard de l'enfant à l'instant où on le retient fermement ? Les paroles prononcées parfois par l'enfant lui-même : « tu es méchante ! » ne confirment-elles pas cette impression ? Mais le soignant retient-il cette accusation ?

Au contraire, il s'en défend et bien que les apparences soient contre lui, particulièrement du point de vue de l'enfant, tout le distingue d'un méchant. Voyons de quelle manière cette distinction s'argumente.

Le soignant qui contraint l'enfant de force se distingue d'une *méchante* personne (au sens machiavélique du terme) au moins par deux points. En premier lieu ce qui différencie la contrainte exercée d'une *mauvaise action* c'est l'intention qui sous-tend l'agissement. (Si l'action du soignant peut paraître « rude » voire *méchante*, elle peut alors l'être dans le sens machiavélien du terme car elle vise une efficacité pratique en vue d'une réussite médicale.)

C'est qu'ici, le soignant agit ainsi dans l'intention de soigner l'enfant. Son intention n'est pas de lui faire du mal, comprendre : de lui causer du tort, mais plutôt dans l'intention d'agir pour son bien. Il s'agit là d'une intention *respectable*. Une motivation qui inspire la considération car elle est guidée par la volonté de soigner. Il – doit soigner, – voire de sauver l'enfant. Le soignant agit donc par devoir. Une obligation qu'il s'impose à lui-même mais aussi un devoir qui s'impose à lui sous la forme de la prescription.

Et voilà le second aspect qui spécifie l'agir du soignant en le distinguant d'une action *a priori* condamnable. Le geste est justifié au regard de la prescription. Celle-ci inscrit l'obligation d'effectuer un geste, un soin, ou une administration médicamenteuse. La réalisation de cette prescription est encadrée légalement. Seules les personnes diplômées sont habilitées à effectuer ces gestes. En ce qui concerne les infirmières un décret spécifie la nature et les conditions d'exécution de leurs actes.

C'est donc d'une certaine manière par obligation indirecte que le soignant agit lorsqu'il use de la contention forte. Il a le devoir d'exécuter la prescription, de réaliser le geste, d'administrer les thérapeutiques ce qui le contraint à user parfois de la force pour assumer cette obligation.

C'est précisément ce devoir vis-à-vis du soin ou du traitement qui peut paradoxalement le conduire à se défaire de sa responsabilité vis-à-vis de l'enfant. L'obligation de suivre les règles professionnelles, de respecter le protocole technique, d'appliquer la prescription médicale peut l'amener à négliger la souffrance de l'enfant. L'application mécanique de son devoir en se conformant aux exigences de la technique fait courir le risque de transformer l'usage de la contention forte en une pratique banale. La standardisation d'une pratique qui s'apparente à une situation violente révèle une forme de banalisation d'un acte pourtant préjudiciable.

Cette forme de banalité nous interpelle en rappelant la notion de la banalité du mal qu'Hannah Arendt avait suggérée au sujet d'Eichmann.

De « la banalité du mal » dans le quotidien des soins ?

Il est nécessaire voire crucial de nuancer d'emblée l'usage de cette notion dans le contexte des soins. La motivation de la machine meurtrière nazie d'exterminer des hommes, ne peut en aucun cas faire l'objet d'un rapprochement avec ce qui se produit dans les soins. Ni la nature du mal ni son origine n'est comparable avec notre situation. Et nous nous exposerions, à juste titre, à la critique si nous ne disions pas à quel point cette différence est essentielle. Aucun rapport donc entre ce qui motive le fonctionnaire nazi et le soignant à agir.

Hannah Arendt a interrogé le fait que les pires ignominies puissent être organisées et réalisées par des personnes qui ne présentent *a priori* aucune prédisposition sadique mais qui se caractérisaient plutôt par un défaut catastrophique de pensée. « Et si cela est "banal" et même comique, si, avec la meilleure volonté du monde, on ne parvient pas à découvrir en Eichmann la moindre profondeur diabolique ou démoniaque, on ne dit pas pour autant loin de là, que cela est ordinaire. »²¹ Le travail d'investigation d'Hannah Arendt, l'a poussé à se focaliser sur le paradoxe de *la banalité du mal*. Comment *le mal* (érigé par les nazis à son plus haut degré) peut-il être banal ? La philosophe a courageusement réfuté l'idée que des actes monstrueux ne pouvaient être commis que par des monstres. En s'attachant à étudier le processus à l'œuvre, Hannah Arendt s'est détachée des préjugés en mettant en lumière la dérangeante réalité de la *banalité du mal*. Il n'a cependant jamais été question de réduire ces crimes à quoi que ce soit d'ordinaire. C'est la précision qu'Hannah Arendt rédige dans le *post-scriptum* de l'ouvrage réédité pour répondre à la controverse qu'a déclenchée le sous-titre du livre Eichmann à Jérusalem, *Rapport sur la banalité du mal*.

La dissociation du phénomène à l'œuvre de ses conséquences monstrueuses n'a pas été perçue à l'époque de la parution du travail d'Hannah Arendt. Elle a pourtant fait preuve d'une rare autonomie de pensée qui lui a permis de décrypter ce qu'indignation et horreur justifiées face à la barbarie, ne permettait pas de percevoir.

La capacité d'Hannah Arendt à s'atteler aux faits pour repérer chaque détail et analyser le phénomène comme chose en soi et non pas tel qu'il nous est donné à penser, est remarquable. On peut y voir une leçon de phénoménologie admirable tant par sa précision que par son courage intellectuel. Certes elle a manqué de prudence en imaginant que le lecteur était disposé à recevoir le constat brutal qu'elle proposait. Il y a eu un amalgame dans l'opinion générale entre l'idée de la banalité de ceux qui produisait le mal et le mal lui-même.

²¹ Arendt, Hannah et Guérin, Anne, *Eichmann à Jérusalem*, Paris, Gallimard, 1997, p.495.

Peu de personnes étaient prêtes à imaginer que les responsables de l'exécution barbare d'un plan d'extermination de plusieurs millions de personnes étaient le fait de personnages par trop humains !

Dévoiler l'humanité de l'inhumanité voilà en quelque sorte le résultat du travail sur le procès d'Eichmann. La notion de la *banalité du mal* aide à comprendre l'incompréhensible. D'où l'importance de s'attacher à étudier sans faux-semblants ce qui se produit dans un phénomène.

Les dispositifs qui conduisent à se conformer à des habitudes ou à obéir à des injonctions sont à interroger dans cette même optique. Ce sont les similitudes dans les mécanismes de pensée qui standardisent un acte pourtant délétère, qui nous intéresse lorsque nous évoquons le concept de banalité du mal. Cette notion peut semble-t-il, apporter un éclairage conceptuel intéressant pour l'étude de la problématique de la contention forte.

Hannah Arendt en suivant le procès d'Eichmann à Jérusalem en 1963 va s'appliquer à étudier méthodiquement les échanges et documents mis à la disposition des journalistes de l'époque. En étudiant le témoignage d'Eichmann, Hannah Arendt va être frappée par l'apparence banale de cet homme qu'elle décrit comme ordinaire. Au fil du déroulement du procès on constate à quel point Eichmann n'est pas le monstre sanguinaire auquel on pouvait s'attendre au vue des atrocités qu'il a méthodiquement orchestré avec application.

Il n'est qu'un fonctionnaire zélé, qui obéit aux règles, qui applique la loi. « [...] ; autant qu'il pût en juger, il agissait dans tout ce qu'il faisait, en citoyen qui obéit à la loi. Il faisait son *devoir*, répéta-t-il mille fois à la police et au tribunal ; non seulement il obéissait aux ordres, mais il obéissait aussi à la loi. »²² L'obéissance aveugle à la loi est l'argument inflexible qu'Eichmann avance pour répondre de ses crimes.

Voilà l'aspect conceptuel sur lequel nous souhaitons nous arrêter un instant. En dehors de toutes similitudes de circonstances et sans aucune commune mesure avec le contexte dont le concept de banalité du mal est issu, il faut relever les éléments qui nous aident à interroger le phénomène de la contention.

²² Arendt, Hannah, *Eichmann à Jérusalem*, Paris, Gallimard, 1997, p.255.

La notion d'obéissance à une injonction qui conduit à réaliser un acte dont l'effet est délétère est à interroger dans notre situation. L'idée que le soignant puisse faire mal pour obéir à une loi technicienne au risque d'en perdre son libre arbitre pose question. Cette interrogation est au cœur de notre travail.

Comment la contention bascule-t-elle dans un usage illégitime de la force ? Quel processus conduit le soignant à être aveuglé par son devoir ? Comment l'obéissance technicienne se substitue-t-elle à la patience attentive dont le soignant devrait faire preuve envers l'enfant vulnérable qu'il soigne ?

Autant de questions auxquelles il nous est impossible de répondre si l'on ne s'attache pas à se détacher des pensées toutes faites ou des représentations clivées et simplistes. Hannah Arendt ouvre la voie de la pensée sur la complexité du phénomène du mal qui s'exerce sur l'homme par l'homme. Elle a ouvert les esprits sur une responsabilité ignorée ou du moins négligée. La responsabilité de la démission de la pensée au moment de l'agir. Et n'est-ce pas là l'avertissement que nous adresse Paul Ricœur à nous professionnels de la santé ?

C'est lorsque nous cessons de placer l'enfant que l'on soigne au cœur même de l'exercice de la technique médicale que nous démissionnons de notre pensée. C'est à l'instant même où la pensée s'absente de l'agir que le risque éthique surgit dans notre pratique.

La pensée aveugle semble pourtant malheureusement être potentiellement le lot de chacun selon les dispositions, le contexte et les habitudes. Voilà ce que nous apprend Arendt par le concept de « banalité du mal ». Prenons garde, car selon Ricœur, c'est, le plus souvent, dans le cadre d'un exercice honnête de la médecine, que se trouvent les racines des compromissions qui conduisent à une pratique non éthique.

En effet, ce n'est pas dans l'exception perverse qu'il faut chercher l'origine de la difficulté mais dans la banalité quotidienne des pratiques. Car ce n'est pas dans ce qui éclate au grand jour, dans ce qui est le plus visible, ou le plus choquant que nous trouverons l'explication du phénomène qui nous interpelle mais dans la discrétion de l'ordinaire. C'est en cela que le concept de banalité du mal nous guide, en nous invitant à étudier ce qui se cache dans *l'angle mort* de cette pratique.

Etudier ce qui ne se présente pas de prime abord et refuser des compromis à l'opinion bien-pensante. Nous ne pourrions, ni nous en tenir à une représentation angélique des soignants, ni nous satisfaire d'une vision manichéenne du méchant pour comprendre le phénomène de la contention du point de vue des professionnels.

La médecine doit pour interroger son agir, quitter une position binaire où il n'y aurait que du bon ou du mauvais, du bien et du mal, des tortionnaires et des résistants. Mais l'exercice n'est pas simple, et il s'agit de se méfier car les bornes qui délimitent un usage éthique d'une pratique illégitime fluctuent. Une mouvance des limites qui rend leur franchissement difficile à repérer. D'autant qu'on assiste à l'extension de la biotechnologie en médecine. Sa suprématie grignote peu à peu la place de l'individu souffrant. Les normes biologiques, radiologiques ou anatomiques deviennent les références, les modalités de traitement sont standardisées, et les modes opératoires des soins sont décrits avec précision. L'exercice de la médecine est régenté par des lois scientifiques qui ont dématérialisé le corps malade. Une organisation méticuleuse des repères sert la cause de la médecine, et aide à discerner le normal du pathologique. Des repères dématérialisés pour diagnostiquer une maladie, qui font parfois perdre de vue celui qui incarne celle-ci : le malade.

C'est pourtant toujours de lui qu'il s'agit, lui pour qui la médecine s'inquiète, lui dont le corps joue des tours. Lui, ce malade, certes représenté par ses résultats biologiques, ses images radiologiques, ses anomalies génétiques, est bel et bien l'objet qui préoccupe la médecine, et qui la motive. Une motivation altruiste qui justifie des dérogations, qui nécessitent des sacrifices. Une motivation qui peut même parfois aveugler, en dissociant l'objet des soins techniques du sujet dont elle doit prendre soin.

Un élan altruiste à l'origine du franchissement de la limite qui sépare une pratique éthique d'une pratique illégitime. Une médecine prise à son propre jeu, mue par l'inquiétude et qui œuvre à rétablir l'équilibre physiologique menacé du malade. Alors comment être sévère envers cette médecine ? Ne faut-il pas se montrer indulgent envers la science médicale qui est venue au chevet de l'inconstance physiologique humaine ?

Ne faut-il pas éviter d'être trop sévère envers celle qui a pris à bras le corps l'inquiétude du malade, la peur de la défaillance définitive de ce corps inconstant et précaire?

Car il ne s'agit nullement de faire un procès injuste à la médecine. Il s'agit d'établir les faits, les circonstances, et de revenir sur son histoire pour comprendre ce qui conduit la médecine et avec elle, ceux qui la pratiquent à perdre de vue le sujet dont elle est censé prendre soin. Alors il nous faut revenir à son origine, aux sources de l'inquiétude qui motive son action. Il nous faut dire ce qu'est cette inquiétude, comment elle s'attache au précaire.

Chapitre III : De l'inquiétude à la précarité

1. Entre normal et pathologique ?

L'opposition du normal au pathologique, à la manière du clivage bon et mauvais ou encore bien et mal, a fourni un cadre théorique précieux à l'exercice médical. La révolution scientifique médicale doit effectivement ses avancées à un découpage minutieux des organes du corps, pour mieux comprendre leur fonctionnement.

Mais la façon de comprendre la physiopathologie varie selon que l'on interroge le fonctionnement normal du corps ou que l'on porte son étude sur les aspects pathologiques.

La médecine expérimentale de Claude Bernard segmente, se spécialise afin d'en mieux connaître les dysfonctionnements, le pathologique, la maladie. Elle définit les *bons critères* du fonctionnement physiologique, elle mesure ce qui est *mauvais* pour l'organisme. La norme physiologique est la borne qui détermine ce qui est bien pour la santé. La maladie correspond au dérèglement de cette norme. De même que le manichéen décrète ce qui est bien ou mal, de même la médecine scientifique détermine les bonnes et les mauvaises normes. La pathologie est perçue comme une irrégularité, un phénomène anormal. La médecine moderne exprime d'ailleurs par son vocabulaire sa conception des processus pathologiques. La maladie est une corruption ou un manque ou un mauvais état de l'état physiologique.

De la réfutation d'un clivage

Les noms des maladies composés soit du *a* privatif ou du préfixe *dys*, caractérisent d'ailleurs la déclinaison de l'état normal à l'état pathologique. Georges Canguilhem observe ces courants épistémologiques dans sa thèse de médecine en 1943 : « *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique.* » Le savoir médical moderne se construit à partir de normes, sur lesquelles les médecins se focalisent. « Ce qui les intéresse, c'est de soigner et de guérir. Guérir c'est en principe ramener à la norme une fonction ou un organisme qui s'en sont écartés. »²³

Or selon Georges Canguilhem, il n'existe ni rupture ni clivage entre le normal et le pathologique. Selon lui le pathologique ne manque pas d'être normal. Le médecin philosophe réfute les conceptions trop clivées, trop manichéennes en quelque sorte. Pour lui, la survenue de la maladie est à envisager dans le processus de la vie en général. Canguilhem préfère aux conceptions normatives celle de Leriche. « La santé est positive, mais pas primitive, la maladie est négative mais sous forme d'opposition (gêne) et non par privation. »²⁴ La maladie est un ensemble, une organisation physiologique nouvelle en réponse à un désordre pathologique. Georges Canguilhem développe à partir de ce postulat une conception de la médecine qui redevient synthétique, intégrant le malade au sein du processus.

« Ce n'est pas par conséquent, une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique. »²⁵

²³ Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013, p.98.

²⁴ *Ibid*, p.67.

²⁵ *Ibid*.p205.

La médecine de Canguilhem est une médecine à l'intérieur de laquelle la normativité s'applique aussi à la survenue d'accidents pathologiques, dans la mesure où les normes s'adaptent et se modifient au gré des événements physiopathologiques. Cette conception implique par ailleurs la singularité de la personne dans le processus, rejoignant ainsi l'héritage d'une médecine hippocratique et sa vision synthétique du malade et de la maladie. Rappelons qu'Hippocrate recommandait une attention conjointe aux manifestations de la maladie et à la singularité de l'individu²⁶.

« Ainsi la thérapeutique hippocratique unit fermement la clinique et le soin : ce sont les deux versants indissociables d'une même attention et d'un même dévouement à la dynamique de la nature et à l'individualité souffrante »²⁷.

La dichotomie entre la maladie et l'individu n'existe pas dans la conception hippocratique. La médecine est au service de la personne malade qui requiert des soins et non au service de la maladie. La guérison s'obtient en intégrant la singularité du malade là où la médecine expérimentale cherche à éliminer toute subjectivité.

Mais on a pu voir, au gré des progrès scientifiques médicaux, l'écart se creuser entre la médecine hippocratique et médecine scientifique. La philosophie de la médecine proposée par Canguilhem tente de réconcilier ces approches mais elle a fort à faire car la lutte est rude.

En effet l'avancée des progrès médicaux modernes apparaît comme implacable, tant il apporte son cortège de succès et de réussites face à la maladie. Ces progrès prodigieux justifient ou qui expliquent, car il peut s'agir d'une explication comme d'une légitimation, que la priorité soit donnée à la pathologie.

L'analyse du phénomène pathologique exige, pour la bonne cause, que l'on découpe le malade, qu'on le tronçonne voire parfois qu'on le réduise à son symptôme. Ce procédé, c'est à dire la focalisation sur le symptôme s'inscrit dans un raisonnement bien rodé en médecine.

²⁶ Hippocrate, Grmek, Mirko Dražen et Pellegrin, Pierre, *De l'art médical*, Paris, France, Librairie générale française, 1994.

²⁷ Lefève, Céline, « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit*, Avril 2006, p. 25.

La logique qui justifie les actes est simple mais imparable : il faut en priorité sauver la vie de la personne ! Il s'agit là de la condition *sine qua non* pour que le malade puisse poursuivre son existence et donc continuer à être la personne qui est au centre des actions de soins.

La vie est alors un bien le plus précieux qui soit, le *bien* qui justifie toutes les luttes et tous les combats. Dans ces conditions, comment ne pas assimiler la lutte pour la survie de la personne comme le *bien suprême* ? Il devient difficile de réfuter une telle évidence. La vie du patient est le bien que vise la médecine, dans la mesure où elle s'apparente à l'intérêt supérieur de la personne malade. La médecine se centre sur ce qui menace la vie du patient, elle représente donc le bien. La lutte contre la maladie se confond avec le bien du patient puisque qu'elle garantit la survie de celui-ci.

La santé devient en quelque sorte par truchement, le bien suprême. Il s'agit là d'une digression majeure de la vision aristotélicienne du « [...] bien, placé au sommet de tous ceux qui sont exécutable [...] » qui n'est autre que le *bonheur*, à ne pas confondre avec certains attributs de celui-ci, que l'opinion commune fait varier selon les circonstances.

« [...] - et souvent même un individu identique change d'avis, puisque tombé malade, il dit que c'est la santé, et dans l'indigence que c'est la richesse [...] »²⁸

A l'inverse tout ce qui viendrait entraver la lutte contre la maladie, c'est-à-dire la survie du patient, pourrait s'apparenter à faire le mal. Cette vision s'apparente alors à une perception manichéenne des choses. Une conception qui divise sans nuance le bien du mal en référence à la doctrine manichéenne.

Une doctrine inspirée par le prophète perse Mani qui suggérait l'existence de deux mondes distincts : le royaume de la lumière (qui correspond à ce qui est divin) et celui des ténèbres (le monde matériel, celui entre autre où l'on meurt...). Toute chose étant égale par ailleurs, cette représentation dualiste n'est pas sans évoquer, une certaine conception clivée de la médecine.

²⁸ Aristote, *Œuvres complètes, Ethique à Nicomaque*, 1095a, Paris, Flammarion, 2014, p.1979-1980.

Une science médicale qui serait associée d'une certaine manière au « royaume de la lumière », à une forme d'univers divin ou du moins d'univers doté de pouvoirs quasi divins, (des pouvoirs qui permettent d'échapper à la partie mortelle de l'homme). Un univers médical qui s'opposerait à un monde où les contingences du corps, de la matière nous entraîne inmanquablement vers la mort. La représentation manichéenne où le bien et le mal présente dans une certaine mesure des similitudes avec l'idée d'une médecine qui livre combat contre le mal, contre la maladie.

La représentation de la médecine peut alors s'avérer manichéenne dans la mesure où tout ce qui est entrepris pour sauver la vie de la personne est jugé comme bon car cela s'oppose au mal caractérisé par la pathologie. La vision de Georges Canguilhem vient nuancer la conception manichéenne de la médecine moderne. Ce qui est pathologique n'est plus spécifiquement l'opposé du bien.

Par ailleurs la vision de Georges Canguilhem bouscule les préjugés modernes en réinstallant le sujet dans le processus de la guérison, le bien dans le sens du salut de la personne malade sort alors du monopole médical.

Mais dans les faits, face à la maladie grave, ces conceptions holistiques et nuancées sont difficiles à mettre en œuvre dans le vif de l'action en particulier pour de jeunes professionnels lancés dans la lutte contre le cancer de l'enfant. Le dispositif thérapeutique utilisé pour soigner l'enfant associe des mesures de protections drastiques, des procédures chimio thérapeutiques lourdes, des examens invasifs à type de ponction de moelle osseuse et des ponctions lombaires. Les effets secondaires sont nombreux, les traitements entraînent pour l'enfant des douleurs, de la souffrance et de l'isolement.

L'annonce de la maladie et le début du traitement ont l'effet d'un séisme qui secoue toute la famille, balaie les habitudes et les repères, et plonge l'enfant dans la détresse et l'incompréhension. Mais c'est une guerre qui est déclarée à la maladie, une lutte dans laquelle apitoiement et ménagement ne sont pas de mises car il s'agit de vaincre l'ennemi : la maladie qui menace le bien le plus précieux qui soit, la vie de l'enfant.

Convaincus de l'importance de l'enjeu, les soignants qui se battent contre le cancer, pour la survie de l'enfant sont certains d'agir pour le bien de l'enfant quelques soient les contraintes qu'imposent les traitements. Le pire est qu'ils n'ont pas tort car sans ces traitements, c'est une mort assurée qui attend l'enfant leucémique. Difficile dans ces circonstances d'abandonner une conception manichéenne où tout ce qui est fait pour sauver l'enfant s'apparente au bien, alors que ce serait *mal* de renoncer à le faire. Comment aborder et exercer ce travail de prime abord avec une vision autre que celle-ci ?

N'est-il pas nécessaire pour se jeter dans la lutte contre la maladie, de se persuader que ce combat, certes cruel, n'en est pas moins juste ? Les soins pédiatriques illustrent l'exercice du bien, ils permettent de sauver les enfants. Mais ceux qui soignent les enfants ont-ils été prévenus de ce qu'il en coûte de le faire à tout prix ?

2. Du désir de *faire le bien* à l'inquiétude

L'argument du salut de l'enfant est de poids et s'impose aux soignants : il faut en priorité lui sauver la vie ! Jeune infirmière fraîchement diplômée, je conviens d'une évidence : pour prendre soin respectueusement de l'enfant malade, celui-ci doit rester vivant !

L'annonce de cette conclusion pragmatique irrévocable se transforme bien vite en une injonction inflexible : « je dois faire le nécessaire pour la survie de l'enfant en réalisant les soins, même si cela conduit parfois à ne pas respecter ce que veut cette personne, car j'agis pour son *bien*. »

Pour poursuivre avec honnêteté, il nous faut avouer qu'au début de notre prise de poste, c'est donc une vision toute manichéenne qui nous anime. Il s'agit de sauver la vie des enfants, les soigner c'est-à-dire *de bien faire* son travail : administrer les médicaments, et réaliser les examens et prélèvements de tout ordre. La perception du travail est sans nuance. Il faut dire ici la différence qu'il y a entre « bien faire » et « faire le bien ».

Entre bien agir envers l'enfant et bien réaliser un acte il y a une différence, du même ordre que celle qui sépare les notions de « faire le mal » et « mal faire ». Une nuance qui renvoie d'une part à une conception morale et d'autre part à une évaluation opérationnelle. L'un étant de l'ordre de l'éthique, l'autre de la technique. Mais cette distinction relativement simple à concevoir devient peut être plus difficile à saisir lorsque *faire bien* son travail c'est-à-dire réaliser avec application les actes qui s'y rapportent, s'apparente aussi à *faire le bien* de la personne. Alors dans ces situations, les liens qui unissent pratique technique et éthique s'amalgament et donne à tort certes, un sentiment d'équivalence entre l'un et l'autre. Un raccourci qui donne à croire que bien faire le soin équivaut à faire le bien du patient. Et il faut dire combien il est difficile pour commencer de bien réaliser cette quantité de gestes techniques, qu'il faut apprendre, répétés, maîtriser... Une quantité de connaissance qui laisse peu de place à d'autres considérations.

Inquiets de *mal* faire le travail et préoccupés par la volonté de *bien faire*, les esprits sont peu disponibles pour réfléchir aux émotions ou à la détresse de l'enfant. Il serait même dangereux de trop s'appesantir sur ces dernières. Il s'agit de procéder dans l'intérêt de l'enfant, pour son bien. Comment poursuivre le protocole, appliquer les procédures et faire le nécessaire, si difficiles à vivre soient-ils pour l'enfant, si nous nous laissons envahir par les émotions ; les siennes, les nôtres ?

Une sorte d'intuition, nous murmure alors en ce début de carrière, de ne pas trop prêter attention à la souffrance provoquée par les soins. Un murmure discret qui nous conjure de rester concentrés sur la tâche, de nous focaliser sur la technique. Regarder de près le soin, aide à moins voir l'enfant, ses souffrances, sa détresse. On comprend intuitivement la nécessaire dissociation entre ce que l'on fait et à qui on le fait. Se concentrer sur la technique permet de scotomiser les aspects affectifs qui pourraient *handicaper* c'est-à-dire faire obstacle à la bonne réalisation du traitement. Nos réflexions portent sur des sujets terre à terre. Comment mettre l'aiguille à la bonne place, quelle dose de chimiothérapie administrer, quelle procédure pour la ponction lombaire ?

A ce moment-là, *bien faire* son travail signifie surtout *bien réaliser* les soins techniques. Voilà les questions et les inquiétudes qui assaillent l'esprit du jeune professionnel, animé par le désir de *bien faire*, qui débute sa carrière en cancérologie pédiatrique. Certes nous avons conscience d'avoir *à faire* à un enfant et il demeure même naturellement notre sujet de préoccupation prioritaire, en tous cas c'est ce que nous voulons croire lorsque nous faisons passer sa santé avant sa détresse. La santé et l'enfant ne font qu'un, ils forment un tout, une fusion qui donne bonne conscience et justifie que l'on ignore certains aspects. Mais au moment où cette fusion se produit, n'est-ce pas plutôt de la confusion qui apparaît ?

Au moment où la présence sensible de l'enfant semble s'estomper pour le soignant, n'y aurait-il pas une sorte de confusion dans son esprit? Alors à cet instant précis, peut-on vraiment parler de choix ou de conscience ? L'inquiétude du soignant pour la santé de l'enfant reliée au désir de le soigner, ne pourrait-elle pas expliquer l'anesthésie de la perception sensible de l'enfant par le soignant ?

De l'inquiétude

La conception leibnizienne de l'inquiétude aide à comprendre les phénomènes subconscients qui se produisent malgré soi quand l'esprit est animé par un désir. Philalèthe dans son dialogue avec Théophile, sous la plume de Leibniz, traduit initialement le terme anglais *uneasiness* par inquiétude.

Le choix de cette traduction est intéressant car il définit l'inquiétude par un état intérieur mais en spécifiant ce qui lui manque. L'inquiétude en anglais peut se traduire par malaise ou plutôt par une absence d'aise. L'homme inquiet n'est pas à l'aise, il manque de tranquillité, il souffre de l'absence de ce qui pourrait lui apporter la quiétude.

« § 6. Philalethe. L'inquiétude (*Uneasiness* en anglais) qu'un homme ressent en lui-même par l'absence d'une chose qui lui donnerait du plaisir si elle était présente, c'est ce qu'on nomme désir. »²⁹

Le soignant inquiet pour l'enfant a le désir de le guérir, de rétablir sa santé. Le soignant désire en quelque sorte mettre l'enfant à l'abri de la maladie. En l'occurrence la satisfaction de son désir de guérir l'enfant pourrait peut-être mettre le soignant inquiet, à l'aise. Mais ne confondons pas désir et satisfaction. Ne confondons pas non plus l'inquiétude pour l'enfant et le désir de le guérir.

En effet l'inquiétude du soignant envers l'enfant ne peut se réduire au seul désir de le guérir, de même que la volonté de guérir semble quant à elle dépasser la situation individuelle de l'enfant. L'homme inquiet pour l'enfant n'a pas la certitude que celui-ci ne risque pas de mourir, et quels que soient ses efforts, ce souhait d'immortalité ne peut être atteint dans l'absolu. Il y a dans le soin, dans l'exercice de la médecine, une forme de quête illusoire, qui tend à repousser l'irréversible.

Mais cette course contre la mort, laisse souvent, à celui qui s'y est engagé à corps perdu, un sentiment d'amertume. Comment pourrait-il en être autrement ? Chaque réussite médicale, chaque cas où la personne est sauvée *in extremis* renforce l'illusion. Chaque victoire médicale est un encouragement à croire en, ce qui n'en demeure pas moins, une illusion. Celle de pouvoir systématiquement repousser la mort. Car les victoires médicales sur la mort, même spectaculaires n'en sont pas moins ponctuelles. Et à l'inverse chaque victoire de la mort est un désenchantement, presque une surprise pour ceux qui se battent au quotidien contre elle. Nous évoquons ici les situations ordinaires, celles où l'enfant n'est pas en situation palliative, celle où l'espoir est permis.

Car celui qui désire guérir fait comme si c'était toujours possible d'y parvenir. Car l'espoir n'est pas seulement permis, il est obligatoire. Et n'est-ce pas d'ailleurs la seule façon de faire ? Le soignant qui désire guérir, peut-il choisir de ne pas croire en la possibilité d'une guérison ?

²⁹ Leibniz, Gottfried-Wilhelm, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, Paris, Flammarion, 1993, p.129.

L'homme qui désire est *en mouvement* vers la satisfaction, mais il n'y est pas encore parvenu. C'est en chemin vers celle-ci, que l'homme est inquiet car il n'est pas assuré d'être satisfait. Le soignant qui soigne l'enfant désire le guérir mais les peurs et les doutes l'aiguillonnent tout au long de sa quête. Il sait l'inconstance de l'existence et il tend à la réduire. De lui dépend en partie la réussite de l'entreprise. Sera-t-il capable de faire le bon geste ? Prendra-t-il la bonne décision ? Il sait également la vulnérabilité de celui qu'il soigne. Il le sait fragile au regard de la maladie, mais pas seulement. Car celui qui soigne, se souvient de l'enfant, de ses particularités, de sa fragilité, et c'est d'ailleurs au nom de cela qu'il se bat.

Le voilà inquiet pour la santé de l'enfant, inquiet de faire le nécessaire pour le sauver, inquiet de ses gestes, de ses décisions, une série d'inquiétudes à laquelle s'ajoute l'inquiétude à l'égard de l'enfant fragile et vulnérable. Le voilà pris dans une tension inquiète, entre le souhait de guérir, le souhait de bien faire, de faire les soins et la volonté de prendre en considération la vulnérabilité de l'enfant c'est-à-dire de prendre soin de lui. En quelques instants, nous voilà donc aux prises avec une quantité d'inquiétudes qui assiègent notre esprit. Une quantité de sollicitations nichées au creux de l'inquiétude et qui peuvent ainsi assaillir confusément l'esprit. Certaines apparaissent plus clairement que d'autres. Beaucoup sont imperceptibles, effleurant à peine l'esprit accaparé par le désir de guérir l'enfant. Désir qui en cache peut-être d'autres, plus confus, moins avouables car moins altruistes. (Désir par exemple de voir ses compétences reconnues par ses pairs, ou encore désir d'exécuter avec prestance un geste technique réputé difficile.)

« Mais pour revenir à l'inquiétude, c'est-à-dire aux petites sollicitations imperceptibles qui nous tiennent toujours en haleine, ce sont des déterminations confuses, en sorte que souvent nous ne savons pas ce qui nous manque, au lieu que dans les inclinations et passions nous savons au moins ce que nous demandons, quoique les perceptions confuses entrent aussi dans leur manière d'agir, et que les mêmes passions causent aussi cette inquiétude ou

démangeaison. Ces impulsions sont comme autant de petits ressorts qui tâchent de se débander et qui font agir notre machine. »³⁰

Nous voyons ici au travers de la définition leibnizienne comme notre inquiétude de soignant va bien au-delà du seul désir de guérir. L'inquiétude qui nous assaille est mêlée à une quantité de sollicitations imperceptibles et confuses qui empêchent de voir clairement ce qui nous manque. Alors nous raccrochons à notre passion, celle de guérir. Une passion qui demande la guérison de l'enfant, alors au moins *savons-nous ce que nous demandons, quoique les perceptions confuses entrent aussi dans notre manière d'agir et que ces mêmes passions causent à leur tour de l'inquiétude*. L'inquiétude s'apparente à tout un processus, un ensemble d'engrenages ou de *petits ressorts* qui enclenchent notre action.

Un mouvement qui oscille entre ce qui nous manque et ce que l'on désire d'une façon précise et confuse à la fois. L'homme inquiet est coincé entre ce qui lui manque et ce qu'il n'a pas encore obtenu. Il ne sait pas exactement la nature de ce manque mais il croit connaître ce qu'il cherche à obtenir. Comme lorsqu'on croit que c'est la guérison de l'enfant obtenue qui soulagera notre inquiétude et qu'on se débat pour guérir l'enfant (quitte à ce que l'enfant se débâte à son tour) aveugle à l'existence de toutes les autres sollicitations confuses qui nous démangent.

Un état d'inquiétude parabolique

Nous découvrons que la focalisation sur la réussite technique des soins, nous cause autant d'inquiétude qu'elle n'en masque. Notre volonté de bien faire, de faire en sorte que l'enfant guérisse, impulse notre action mais elle cache aussi une quantité de *sollicitations imperceptibles qui nous tiennent en haleine*, le tout étant à l'origine de notre agir. Nous, qui pensions notre action uniquement tendue vers un seul but : soigner l'enfant, nous découvrons que notre démarche répond à une synergie qui rassemble ce qui nous manque et ce que l'on désire.

³⁰ *Ibid.*, p.131.

Tandis que les *démarches de soins*³¹ enseignées à l'école d'infirmière inscrivent nos actes dans un processus linéaire, qui part d'un point A pour parvenir à un point B, nous remarquons que le processus concerne plutôt une demi-courbe qu'une ligne droite, plutôt une figure convexe, correspondant plus à une oscillation qu'à un mouvement linéaire.

Notre agir quotidien provient d'une sorte d'inquiétude qui nous démange. Des *démangeaisons* à l'origine de l'impulsion d'un mouvement oscillatoire leibnizien qui va du désir à l'inquiétude. L'inquiétude n'est pas simplement le point de départ qui pousserait notre action tendue vers un désir. L'inquiétude est en soi ce mouvement intérieur, elle caractérise un *entre-deux*. Un mouvement intérieur qui s'apparente à une oscillation annonçant une caractéristique ontologique qui dépasse la représentation simpliste d'un clivage entre l'attention à l'enfant et la réalisation mécanique des gestes techniques.

En quoi la découverte du mouvement oscillatoire associé à notre problématique change-t-elle la perspective de notre étude ? Le fait que le phénomène qui touche le soignant s'apparente à un mouvement d'oscillation entre l'inquiétude et le désir de guérir et non plus à une posture figée reconfigure notre manière d'observer ce qui se produit. Le passage d'un état à un autre n'annonce pas seulement une polarité de la perception soignante avec d'un côté la technique et de l'autre l'attention aux besoins de l'enfant. La mise en lumière de ce processus annonce surtout l'existence de ce que nous pourrions nommer un *entre-deux*, d'un état intermédiaire. Un état en mouvement dans lequel nous serions coincés.

Car si nous interrogeons aujourd'hui ce phénomène c'est qu'il est source de mystère. Celui-ci résiste à une mise en perspective clivée mais semble au contraire s'éclaircir à la lumière de la parabole de l'inquiétude leibnizienne.

³¹ La démarche de soins correspond au raisonnement clinique mis en œuvre par l'infirmier pour construire le projet de soins du patient. A partir de diagnostic infirmier le processus s'organise autour de trois axes : le recueil des Données, les Actions de soins et l'observation et la mesure des Résultats au regard des actions de soins mises en œuvre. (DAR)

L'inquiétude se dévoile à la faveur de la confusion produite par un mouvement oscillatoire. Celle-ci n'est pas seulement propre à un état d'esprit, l'inquiétude correspond aussi à un état intérieur, à la physiologie du corps.

« On appelle *Unruhe* en allemand, c'est-à-dire inquiétude, le balancier d'une horloge. On peut dire qu'il en est de même de notre corps, qui ne saurait jamais être parfaitement à son aise : parce que quand il le serait, une nouvelle impression des objets, un petit changement dans les organes, dans les vases et dans les viscères changera d'abord la balance et les fera faire quelque petit effort pour se remettre dans le meilleur état qu'il se peut ; ce qui produit un combat perpétuel qui fait pour ainsi dire l'inquiétude de notre horloge, de sorte que cette appellation est assez à mon gré. »³²

Ce mouvement s'ajuste sans cesse aux changements intérieurs. Il s'apparente à un combat perpétuel pour maintenir sa stabilité interne que certains nommeront plus tard homéostasie. Cette théorie n'est pas sans rappeler la conception de Canguilhem qui proposait une normativité intermédiaire entre le normal et le pathologique.

Il existe donc un *entre-deux* en perpétuel mouvement qui dit quelque chose de l'humain autant voire mieux qu'une caractéristique mesurable ou qu'une norme. Il y a une sorte d'état intermédiaire, qui correspond à un mouvement oscillatoire et qui s'apparente à l'inquiétude, à l'absence de stabilité ou d'immobilité qui nous parle de l'homme qui le caractérise sans pour autant en saisir une caractéristique formelle.

L'inquiétude ne serait-elle pas une manière d'aborder l'invisible, *l'entre-deux*, cette réalité mouvante et impalpable qui oscille entre le manque et le désir, entre le bien et le mal entre le normal et le pathologique. Tout se passe comme si l'inquiétude du soignant, les oscillations entre manque et désir faisait écho à la précarité de l'existence de l'enfant malade. Il nous faut dire combien les interactions entre précarité de l'existence et inquiétude peuvent concerner tour à tour l'enfant et le soignant sans que ni l'un ni l'autre n'ait le monopole de celles-ci.

³² Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, p.131.

Mais il s'agit ici d'observer la tension qui surgit entre l'inquiétude et la précarité. Nous faisons le choix de polariser celles-ci : la précarité du côté de l'enfant et l'inquiétude du côté de l'adulte afin d'affiner la représentation du phénomène qui nous intéresse.

3. Du sentiment d'inquiétude à la notion de précarité

L'inquiétude parle d'un mouvement sans repos à la recherche constante d'une forme de stabilité. Cette inquiétude touche le quotidien intérieur du soignant, par *ces petites sollicitations imperceptibles qui nous tiennent toujours en haleine* mais elle est aussi touchée par les événements qui surgissent de l'extérieur et obligent à la mise en mouvement. Agissante et informelle, l'inquiétude trouble la tranquillité autant qu'elle la recherche. Elle caractérise un état qui n'est jamais réellement stabilisé, qui n'est pas pérenne. La tranquillité est certes parfois atteinte, mais toujours révocable. Et pour le soignant qui s'inquiète entre autres pour l'enfant malade, le sentiment de tranquillité est fugace. La tranquillité du soignant est d'autant plus fragile qu'elle dépend de la continuité de l'existence de l'enfant, dont le soignant est lui-même directement responsable. On peut alors considérer que lors du soin l'inquiétude vient à la rencontre du précaire.

De la précarité ontologique

Étymologiquement le *précaire* est ce qui s'obtient par la prière, (du latin *precarius*), ce qui fait que l'objet de la requête, même satisfaite, n'est jamais certain et demeure révocable. L'absence de pérennité et de certitude interdit la satisfaction et oblige à poursuivre la quête. La précarité pourrait elle-même être un pendule qui oscille entre le révocable et la requête. L'enfant : vulnérable et dépendant de ses parents, de son entourage, dépendant d'un secours nourricier et affectif est une figure du précaire. Il est suspendu à l'aide qu'on va bien vouloir lui apporter. Une dépendance qui oblige l'enfant à une requête sonore et qui semble toujours désespéré, comme si le cri du tout petit appelait sans avoir la certitude d'être entendu, satisfait.

Quête de stabilité, quête d'une condition mieux assurée : une recherche qui semble parfois vaine et qui peut pousser à la prière. Le cri que pousse le nourrisson dans la nuit est une prière bruyante. Les pleurs de l'enfant en détresse qu'on maintient de force pour le soigner, trahissent la précarité de sa situation, les pleurs nous prient de nous arrêter, de suspendre notre geste. Une prière empreinte d'inquiétude car soumise à des contingences extérieures à soi. La précarité exprime l'hétéronomie des conditions de possibilités. Les lois des possibles sont fixées par d'autres que soi.

Même les conditions de l'homéostasie (stabilité de son monde physiologique interne) ne sont pas de l'ordre de l'autonomie car nous ne fixons pas les lois du fonctionnement de notre corps. Celles-ci dépendent d'un fonctionnement qui a ses propres règles. De cette *hétéronomie* interne découle notre statut foncièrement précaire puisque mortel. Un statut précaire qui évolue certes au fil de la maturité, de l'autonomie. Un statut qui se fait moins sentir à l'âge adulte lorsqu'en pleine possession de ses moyens, on peut avoir l'illusion de s'être émancipé d'un fonctionnement hétéronome. Et pourtant l'autonomie de la condition de l'existence n'en est pas moins une illusion car la mécanique de l'existence ne dépend pas de nous, tout aussi adultes et responsables que nous soyons.

La précarité de l'existence signe pour ainsi dire notre arrêt de mort à plus ou moins brève échéance. L'idée de la précarité de l'existence c'est-à-dire de la mort nous taraude plus ou moins discrètement tout au long de notre vie. La Bruyère exprime avec ironie à quel point la mort nous taraude paradoxalement bien plus qu'elle ne nous saisit, en quelle que sorte elle nous pré-occupe beaucoup plus qu'elle nous occupe: « 36 (I) La mort n'arrive qu'une fois, et se fait sentir à tous les moments de la vie : il est plus dur de l'appréhender que de la souffrir. »³³

Mais peut-on réellement dire que l'homme *sente* la mort chaque instant de son existence ? Certes l'homme se sait mortel à chaque instant mais il semble que le fait de *le savoir* ne se transcrit pas forcément par le fait de *le sentir*.

³³ La Bruyère, *Les Caractères, De l'homme*, 1688, Paris, Le Livre de Poche, 1976.

N'y aurait pas d'ailleurs quelque chose de totalement paralysant dans le fait de sentir la mort à chaque instant ? Bien que nous connaissions la précarité de notre existence, nous nous comportons dans la vie *comme si* la mort n'existait pas vraiment, en tous cas pas pour nous même. On pourrait nous rétorquer ici que le soignant fait figure d'exception. Confronté à la mort et à la maladie il a tout particulièrement conscience de la précarité de l'existence de celui qui lui est confié. Il est formé à repérer les signes qui alertent, à réagir de façon à éviter le pire : la mort. Mais cela fait-il de nous, soignants, des êtres plus conscients de notre propre précarité ? Rien n'est moins certain. Lutter contre la mort des autres peut être un bon moyen de masquer sa propre condition précaire, de se donner l'illusion d'être du bon côté, celui de ceux qui soignent. Evitant ainsi de passer du côté de ceux qui sont malades ou qui meurent. Nous, comme la majorité des personnes, faisons des projets, imaginons notre avenir, planifions notre existence à court, à moyen et à long terme. « A demain, à bientôt, à la prochaine fois... » Autant de formules qui témoignent prosaïquement de notre déni de précarité existentielle. Chaque instant se projette déjà dans le suivant aussi certainement que le jour se lèvera à la fin de la nuit.

C'est une sorte de jeu de dupe auquel personne n'est dupe mais qu'il est peut-être nécessaire de jouer pour coexister avec la mort qui habite l'homme. Seul le petit enfant semble épargné par ces faux semblants tout le temps que le sentiment de sa finitude n'a pas encore saisi son esprit. Mais la naïveté de l'enfant est de courte durée car dès trois ou quatre ans il pressent déjà indistinctement l'aspect irrémédiable de la mort.

Car une fois que la certitude de la mort a saisi l'esprit alors elle ne le quitte plus vraiment, elle y habite ou plutôt devrait-on dire qu'elle y cohabite avec le sentiment d'exister. Une co-habitation bien difficile voire impossible qui rend, selon Heidegger, l'homme inhabitable à lui-même. Un face à face auquel l'homme voudrait échapper en s'affairant dans le quotidien. Une confrontation douloureuse qui éclate au cœur du *Dasein*³⁴ en provoquant l'angoisse.

³⁴ Le *Dasein* est entendu ici au sens de l'*Ek-sistenz* comme l'écrit Heidegger, qui concerne uniquement l'homme, qui est le contraire de la subsistance (qui ne concerne que la substance) et qui caractérise l'essence du *Dasein*.

« Dans l'angoisse on se sent "étrangé". C'est là l'expression immédiate de l'inter détermination particulière où se sent plongé le *Dasein* en proie à l'angoisse : le rien et nulle part ; mais ici étrangeté a aussi le sens d'être chassé de chez soi. »³⁵

La confrontation à l'étrangeté et à l'angoisse qui en découle permet l'avènement de *l'authenticité* car « *Le devant-quoi de l'angoisse est l'être-au-monde en tant que tel* »³⁶. Mais cette confrontation est rude parce qu'elle implique de se sentir isoler du reste du monde, chassé de chez soi. Alors rares sont ceux qui vont réellement choisir de l'expérimenter.

Nous nous interrogeons un peu plus haut sur le statut des soignants et leur fréquente confrontation à la mort. Pourrions-nous dire que cette situation les prédispose à *l'authenticité* heideggérienne ? Nous pourrions probablement émettre l'hypothèse contraire et imaginer que la confrontation avec la mort dans le quotidien professionnel soit un subterfuge possible pour échapper à la réalité de sa propre finitude, pour échapper à l'angoisse qui peut nous saisir au même titre que tout homme.

Alors le discours médical, le vocabulaire technique, la focalisation sur la pathologie et l'adhésion aux normes professionnelles sont peut-être des artifices supplémentaires pour faire écran à *le devant quoi de l'angoisse* face auquel chaque être au monde se trouve placé. En effet, il semble que pour éviter d'être chassé de lui-même l'homme use de subterfuges tels le bavardage, la curiosité et la dissolution du soi dans le On. « Nous nous réjouissons et nous nous amusons comme *on* se réjouit ; nous lisons, voyons, jugeons en matière de littérature et d'art comme *on* voit [...] » Mais ces artifices s'avèrent insuffisants lorsque la menace s'approche. *On* ne meurt pas, seul le *je* meurt.

Le *on*, ou le *souci d'être dans la moyenne* révèle selon Heidegger une autre tendance essentielle au *Dasein* appelée *égalisation* de toutes possibilités d'être.

³⁵ Heidegger, Martin, *Être et Temps*, Paris, Gallimard, 1986, § 40, 188-189, p.238.

³⁶ *Ibid.* p.235.

« [...] parce qu'elle s'abstient par principe d'entrer vraiment « dans les questions », parce que, réfractaire à toute différence de niveau et à l'authenticité, elle est contre tout cela. »³⁷

Nous disions un peu plus tôt que les enfants échappaient aux faux-semblants face à la mort en raison de leur innocence, mais les mourants quant à eux pressentent l'inutilité des faux-semblants au moment où la précarité de l'existence s'exprime sans retenue.

La maladie comme effraction du déni de précarité

Lorsque la stabilité précaire de la physiologie interne est révoquée alors la pathologie s'installe. Or la maladie est une menace qui émiette notre pseudo tranquillité. L'accident, la maladie viennent troubler le sentiment inconscient d'impunité face à la précarité de l'existence. Le sentiment de la légitimité de vivre est d'autant plus fort qu'il concerne l'enfant. Le déni de la mort possible de celui-ci est peut être d'autant plus puissant. En effet lorsque l'enfant tombe malade, et que son état de santé devient instable, voire menacé, alors la précarité de la vie s'exprime bruyamment. Le statut précaire de l'existence est rendu visible par la menace. Cependant la menace de la mort de l'enfant est quelquefois si terrible, tellement inenvisageable qu'elle conduit à disqualifier les signaux d'alertes, à chercher à rationaliser les signes que les sensations ne peuvent pourtant pas ignorées.

C'est ainsi que le père qui porte l'enfant dans ses bras et qui chevauche au travers de la forêt, n'entend pas l'inquiétude de son enfant à qui le Roi des Aulnes est déjà en train de murmurer une funeste invitation.

« Mon père, mon père, n'entends-tu pas,
Ce que le Roi des Aulnes me promet à voix basse ?
Sois calme, reste calme, mon enfant !
Ce n'est que le vent qui murmure dans les feuilles... »³⁸

³⁷ *Ibid.* p.170.

³⁸ Johann Wolfgang Von Goethe, *Le Roi des Aulnes (Der Erlkönig)*, 1782.

L'enfant entend les sollicitations du Roi des Aulnes, il ressent le danger, il pressent la précarité de son existence et il prie son père de l'écouter. Une prière qui n'obtient en réponse que la dénégation paternelle. Ce n'est que trop tard que le déni paternel se craquelle, se fissure et qu'il laisse s'infiltrer l'effrayante réalité de la précarité de l'existence de son enfant.

« Le père prend peur, il presse son cheval,
Il tient dans ses bras l'enfant gémissant,
Il arrive à grand peine à la maison ;
Mais dans ses bras l'enfant était mort. »

Mais le déni peut s'exprimer de différentes manières face à la précarité de la vie de l'enfant. Le paradoxe veut justement que c'est en prenant particulièrement en compte la menace qui pèse potentiellement sur la vie de l'enfant que l'on peut réduire les risques. Alors l'idée qu'il serait *presque* possible de faire disparaître la précarité de la vie, s'infiltrer insidieusement. Et en effet les mesures de préventions, la vigilance, la réactivité de l'entourage réduisent considérablement la mortalité infantile. La menace qui pèse sur la vie de l'enfant (tout du moins dans nos pays industrialisés) se réduit de plus en plus, gommant la précarité, effaçant sa matérialité.

A défaut d'une menace, la *précarité existentielle* est quasiment ignorée. Moins la menace plane effectivement, mieux le déni de la précarité de l'existence se renforce. L'illusion est presque parfaite mais il ne faut s'y tromper car ce n'est pas la menace déclenchée par la maladie qui rend précaire, c'est bel et bien la précarité qui s'exprime plus explicitement. Un aspect précaire que la médecine cherche à atténuer depuis longtemps et que les progrès de la science ont presque rendu invisible. La mortalité recule toujours un peu plus chaque année dans nos pays industrialisés.³⁹

³⁹ Pour exemple : le taux de mortalité infantile est passé en France de 4.2 en 2003 à 3.5 en 2012. En seulement neuf années ce taux a baissé de 0.9 points. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>

Les limites des prouesses médicales sont sans cesse repoussées, les défenses de l'organisme sont renforcées, les corps semblent de plus en plus résistants, la moyenne de durée de vie s'allonge chaque année un peu plus. On assiste à un effet exponentiel des possibilités de la médecine qui estompe chaque jour un peu plus la précarité de l'existence humaine. Elle l'estompe pourtant sans jamais l'effacer.

Malgré tous ses efforts la médecine ne parvient pas à régler définitivement son sort à la mort. La question du *moment fatidique* reste parfois en suspens, ajournée pour quelques semaines, quelques mois, quelques années mais elle n'est jamais définitivement réglée. La médecine ne parvient décidément pas à délester l'homme d'un questionnement métaphysique qu'il semble être le seul dans la nature à porter ce qui fera dire à Schopenhauer que l'homme est un animal métaphysique.

« L'essence intime de la nature, [...], avec l'apparition de la raison, c'est-à-dire chez l'homme, [...], s'étonne de ses propres œuvres et ce demande à elle-même ce qu'elle est. Son étonnement est d'autant plus sérieux, que pour la première fois, elle s'approche de la mort avec une pleine conscience, et qu'avec la limitation de toute existence, l'inutilité de tout effort devient pour elle plus ou moins évidente. De cette réflexion et de cet étonnement naît le besoin métaphysique qui est le propre de l'homme seul.»⁴⁰

Car l'homme est celui qui s'étonne d'exister et parce qu'il est étonné d'exister, il s'étonne d'autant plus de sa mort. L'inexorable le surprend en pleine existence, étonnamment lorsque la fin s'approche. C'est comme si trop occupé à exister l'homme ne s'apercevait pas *consciemment* qu'il est mortel. La mort qui s'approche s'invite dans la conscience, la remplit pleinement.

Certes le questionnement métaphysique n'attend ni la maladie ni l'imminence de la mort pour surgir et de tout temps, les philosophes, les poètes, les savants, tous les hommes interrogent à leur façon le mystère de la finitude. Mais lorsque le questionnement passe du théorique au réel, les choses se transforment pourtant bel et bien.

⁴⁰ Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*, p.851.

La description des sentiments qui saisissent Ivan Ilitch lorsqu'il comprend qu'il va mourir met en exergue la différence qu'il y a entre la *théorie*, et l'expérience réelle de la mort, la différence entre la mort de l'autre et sa propre mort.

« " [...] Ce n'est pas une affaire de rein, mais de vie et de... mort. Oui, la vie était là, et la voici qui s'en va et je ne peux la retenir. Oui, à quoi bon se berner ? N'est-il pas évident pour tous, sauf pour moi, que je meurs et que ce n'est plus qu'une affaire de semaines, de jours, d'un instant peut être. Avant c'était la lumière et à présent c'est la nuit. Avant j'étais ici et à présent je vais là-bas ! Où ça ? " Une chape de glace lui tomba sur les épaules, il eut le souffle coupé. Il n'entendait plus que le battement de son cœur »⁴¹

Ivan Ilitch bascule dans une réalité toute autre lorsque l'imminence de la mort le concerne directement, il bascule de la clarté à l'obscurité, de la certitude au doute, de la quiétude à l'angoisse. A cet instant, face à cette stupéfiante réalité, ce n'est plus l'esprit qui raisonne mais le corps qui parle de l'impuissance à retenir la vie. Les sensations qui surgissent pour Ivan Ilitch s'opposent au constat presque serein qu'en ont les autres. L'annonce de l'imminence du terme de l'existence ne saisit pas celui qui est concerné de la même manière que ceux qui ne le sont pas directement...

Ceux qui intellectuellement ont compris qu'Ivan Ilitch allait mourir n'en ont pas le souffle coupé, leurs réactions s'apparentent à un vague étonnement. Mais pour l'intéressé il en va tout autrement. La stupéfaction incrédule traverse le corps, fait battre le cœur, serre la gorge et fait froid dans le dos. L'annonce de l'imminence de la mort fait tomber une chape de glace sur le dos de celui qui est concerné. Cependant on ne peut douter que ces mêmes sensations glaciales traversent également ceux qui éprouvent un amour véritable pour la personne qui risque de mourir. Le parent dira de son enfant qu'il est *sa chair et son sang*, et le plus souvent la blessure et la maladie de l'enfant provoque une souffrance qui résonne au-delà du corps de l'enfant, trouvant écho dans la chair de son père et de sa mère.

⁴¹ Tolstoï, Léon Trad. Jacques Imbert, *La mort d'Ivan Ilitch*, Paris, J'ai lu, 2005, p.54.

Au moment de l'annonce de la maladie grave d'un enfant telle qu'un cancer, les parents de celui-ci racontent d'ailleurs des sensations du même ordre. Lorsque la menace de la précarité de l'existence fait impitoyablement jour, qu'elle s'exprime dans toute sa brutalité parce qu'elle touche l'enfant, on peut mesurer à quel point les familles se confrontent à un *impensable*.

Quand l'enfant tombe malade, la précarité de la vie surgit, là où peut être on l'attendait le moins, au cœur de la vie, au cœur de son symbole : l'enfant. L'enfant qui incarne en quelque sorte l'avenir, figure de la postérité humaine. Il y a une sorte d'incongruité entre l'enfance et la maladie. L'étonnement voire la stupeur nous saisit à l'annonce de la maladie grave de l'enfant. La précarité de l'existence est d'autant plus difficile à admettre qu'elle est soigneusement déniée collectivement dans les sociétés occidentales riches qui permettent une bonne maîtrise de la santé. L'étonnement face à la maladie est d'autant plus grand que l'on croyait pouvoir tout maîtriser de manière irrévocable y compris la santé. La surprise provoquée par la survenue d'une maladie devient un véritable choc lorsque celle-ci touche l'enfant⁴², devenu au fil des époques un être précieux qu'il faut protéger. Car chacun admet la fragilité de l'enfant, ce statut lui est acquis. Il requiert soin et protection.

Interlude entre précarité et vulnérabilité

Dans la mesure où l'on soigne et où l'on protège cet enfant alors on pense se prémunir des risques inhérents à sa fragilité en rendant sa santé plus solide par exemple. Pourtant rien ne prémunit totalement du statut précaire de l'existence. Rien ne solidifie suffisamment la fragilité de la vie pour la rendre « incassable » et il faut reconnaître dans ce domaine la proximité du précaire avec le fragile. D'ailleurs les termes de fragilité et de précarité sont souvent synonymes pourtant il existe des nuances sémantiques entre ces deux termes que nous imaginons utiles pour développer notre pensée.

⁴² Brun, Danièle, *L'enfant donné pour mort*, Paris, Eshel Editions, 2001.

Les notions de fragilité et de précarité bien que proches ne sont pas vraiment juxtaposables et ne signifient pas les mêmes choses. La différence entre la fragilité et la précarité est signifiante.

Il y a dans la fragilité une notion de degrés. On est plus ou moins fragile, la fragilité s'exprime également de manière différente chez les uns et les autres. La fragilité de l'enfant quant à elle, semble trouver la force de l'adulte là où la précarité de l'existence se partage entre tous. Quand la fragilité est évoquée, on peut imaginer y répondre par de la protection, là où la précarité appelle la stabilisation. Ce qui est précaire est ce qui est incertain, instable. Le précaire semble échapper à tout contrôle. Sa labilité et son inconstance sont inquiétantes car la précarité ne donne pas prise aux tentatives de maîtrise ou de protection compte tenu de son instabilité constitutive. Il existe dans la notion de précarité une hétéronomie qui par définition échappe à notre contrôle.

Il faut noter que Michel Terestchenko dans son l'ouvrage « Un si fragile vernis d'humanité, *Banalité du mal, banalité du bien* »⁴³ avait déjà soulevé une différence du même ordre entre la fragilité et vulnérabilité. La vulnérabilité de l'homme ne dépend pas de lui elle le constitue. Il y est exposé sans en avoir la maîtrise. Cependant M. Terestchenko distingue une vulnérabilité *positive*, constitutive de l'être qui dépend d'autrui tel l'enfant ou le vieillard, de la *vulnérabilité aux circonstances* : le vernis fragile qui se craquèle face à certaines circonstances.

« La vulnérabilité aux circonstances désigne, négativement, la propension des individus à s'abandonner à une autorité destructrice ou à une institution aliénante, la capacité à s'absenter à soi, dont j'ai parlé dans le Vernis fragile »⁴⁴

L'auteur argumente l'idée selon laquelle la vulnérabilité s'exprime en fonction des circonstances et il décrit le clivage entre *altruisme* et *égoïsme* qui peut surgir de cette vulnérabilité. Les attitudes, les comportements s'expriment différemment selon la conjoncture au cœur de la quelle ils surviennent.

⁴³ Terestchenko, Michel, *Un si fragile vernis d'humanité*, Paris, La découverte, 2007.

⁴⁴ Terestchenko, Publié par « Michel Terestchenko: Fragilité, vulnérabilité », [s. d.], <<http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2009/12/definition.html>>, consulté le, 9 mars 2015.

Mais de même, qu'il existe des degrés dans la fragilité, il semble exister également des degrés dans l'expression du libre arbitre des individus pourtant placés face à des circonstances identiques. La vulnérabilité *teretschenkoïenne* décline un nuancier qui va de la « " présence à soi", par opposition à cette une absence à soi de la " poupée de chiffon", ou de " l'homme dans un étui" dont parle Tchekhov»⁴⁵

Il faut souligner le fait que c'est dans la fragilité ontologique que notre *vulnérabilité aux circonstances* prend sa source. Cette notion de *vulnérabilité aux circonstances* dépasse le clivage des propensions de chaque individu à l'altruisme ou à l'égoïsme. Elle se décline plutôt en fonction de la possibilité de réinvestir son libre-arbitre mais pour cela il semble qu'il faille être capable de saisir sa propre fragilité.

Il y a peut-être un lien à faire entre la capacité à laisser apparaître la précarité de l'existence et l'aptitude à faire jouer son libre arbitre dans des circonstances contraignantes. Ce point de vue s'avèrera précieux dans le développement de notre réflexion à propos de l'usage de la force pour soigner l'enfant malade. Cette hypothèse nous inspire un usage complémentaire des notions de fragilité, précarité et vulnérabilité. Il pourrait être intéressant de rapprocher à la fragilité de l'enfant, la précarité de l'existence et la vulnérabilité aux circonstances de ceux qui soignent afin de proposer une lecture nouvelle du phénomène interrogé.

La tension qui surgit entre la *précarité* de l'existence et la *vulnérabilité aux circonstances*, semble avoir comme dénominateur commun la *fragilité*. C'est d'une certaine manière cette *mise en perspectives* qu'il nous faudra explorer plus précisément dans la suite du travail. Nous choisissons volontairement la notion de *précarité* pour évoquer l'*instabilité* ontologique de la vie de l'enfant dans le but d'étudier les « manœuvres de stabilisation » entreprises par la médecine afin de défier l'incertitude déclenchée par la maladie. Notre propos est de cerner les circonstances de la vulnérabilité dans la lutte contre la précarité de la vie.

⁴⁵ Terestchenko, *Un si fragile vernis d'humanité*, op. cit., p.290.

Il nous semble que la mise en perspective des possibilités de réponses médicales à la précarité de la vie engage la notion de normes. En effet nous observons que la précarité est synonyme de fluctuations et d'inconstances, là où la médecine s'attèle à caractériser la physiologie en décrivant des repères, en fixant des normes. La médecine a la volonté de stabiliser l'instable. Une ambition qu'embrassent nécessairement les professionnels. Or ce modèle qui conforme le précaire, utile pour diagnostiquer, soigner voire guérir, a pour conséquence de contraindre la pensée de celui qui soigne, là où justement celui-ci devrait pouvoir user de son libre arbitre pour ajuster ces décisions aux circonstances. La médecine s'appuie donc sur des normes qui étymologiquement se définissent par leur rectitude (*norma* en latin équerre, qui donne l'angle droit), et forment un modèle conceptuel à l'origine d'un jugement scientifique et professionnel qui laisse peu de prérogative à de la souplesse dans le jugement, c'est-à-dire peu de place au libre arbitre.

C'est à partir de ce constat qu'il nous faut observer plus précisément la tendance normative de la médecine dans la mesure où elle prédispose les soignants à un modèle de pensée qui conditionne leurs actes.

Chapitre IV : Réduire l'inconstance par le normatif

Voyons en premier lieu, de quelles armes dispose la médecine pour se mesurer à la précarité de l'existence et tenter de la maîtriser. L'hypothèse que nous suggérons porte à l'origine sur la labilité de l'existence, la précarité, qui s'exprime par des changements physiologiques. Les modifications et ces altérations pathologiques pourraient être intégrées dans une notion plus générale de mise en *mouvement anarchique*. La médecine tente donc de maîtriser un système inconstant qui peut apparaître comme désordonné voir opaque. Le désordre intérieur qui saisit le corps de l'enfant malade et aggrave la précarité de son existence, désarçonne en premier lieu et réclame de retrouver des points d'appuis fiables pour organiser la réponse thérapeutique.

Comment faire face à la précarité de l'existence qui s'exprime bruyamment dans la maladie ? Comment gommer l'instabilité physiologique ? Alors que la physiologie est faite d'adaptation et de changement.

1. De la norme explicite à la norme implicite

Notre système corporel interne repose sur des fonctions de régulation et d'adaptation qui se répartissent entre systèmes inhibiteurs et excitateurs. Tout est affaire de dosage, il s'agit de trouver une juste mesure. Face à ce dispositif interne fluctuant, la médecine s'est vue dans l'obligation d'inventer un système de capture du fugace. Pour ce faire, la science médicale a réparti ses efforts en établissant des périmètres à l'intérieur desquels elle a concentré son étude, ce qui lui a permis d'accroître son savoir.

La science médicale a donc progressé dès lors qu'elle a été en mesure d'analyser donc de découper les fonctions de l'organisme pour en connaître leur physiologie. Chaque fonctionnement est étalonné selon des critères qui déterminent les taux corrects, acceptables ou pathologiques.

Ces avancées s'inscrivent sous la forme de normes et de mesures chiffrées. La médecine a débuté sa campagne d'investigation des fluctuations internes du corps en stabilisant un certain nombre de ces propriétés. A défaut de maîtriser totalement l'instabilité constitutionnelle de la physiologie, la médecine cherche à en capturer des éléments. Pour ce faire elle fait appelle à une pensée normative qui fige le fonctionnement dans des statistiques, des dosages et des taux.

La volonté de remettre de l'ordre au sein processus physiologique défaillant conduit à une construction épistémologique qui explique nos choix et nos comportements lorsque nous soignons. Une construction épistémologique à l'origine d'un bouleversement conceptuel qui légitime *la capture du vivant*. Une capture d'ordre biologique, technologique et qui s'exprime à certains moments littéralement par la capture du corps malade. Une capture qui se caractérise parfois prosaïquement par l'immobilisation du corps afin de le rendre disponible à la médecine. Le corps de l'enfant malade est *mis à disposition* pour explorer la nature du désordre qui menace la stabilité précaire de l'organisme et pour effectuer les manœuvres nécessaires à son rétablissement.

Mise en œuvre des connaissances et passage à la technique

En effet, la mise en œuvre des connaissances médicales passe par les actes techniques thérapeutiques ou diagnostics qui sont eux-mêmes soumis à des normes. Les règles de mise en acte de la *capture* des éléments physiologiques (geste diagnostic tel que le prélèvement sanguin par exemple) et des *mesures de stabilisation* (action thérapeutique) sont établies au regard de standards qui garantissent une forme de stabilité dans le « faire » ancillaire à la normativité du « connaître » physiopathologique. La réalisation des soins répond donc à des normes inscrites sous forme de procédures. Celles-ci correspondent au mode opératoire, au matériel et au geste technique. Cependant il existe également des règles implicites qui ne sont pas nécessairement inscrites mais qui sont admises par le groupe de professionnels qui produit les soins. Il s'agit d'un savoir-faire informel transmis par les pairs qui fait l'objet de peu d'étude scientifique.

Comment s'assurer de la fixation de tel ou tel type de matériel adhésif sur une peau lésée, comment tenir la main du bébé de manière à avoir accès facilement à la veine, ou encore comment maintenir un enfant immobile lors du geste technique ?

Il existe donc des procédés cliniques qui participent aux soins, qui en sont des corollaires sans pour autant faire spécifiquement l'objet ni de procédures ni de standards préétablis. Pourtant ces techniques sont reconnues et admises par le groupe professionnel, elles sont légitimes aux yeux des soignants. Elles correspondent aux pratiques *normales*, c'est-à-dire qui correspondent aux normes implicites de réalisation des soins en pédiatrie. La norme, même tacite, vient à nouveau au secours de la médecine pour stabiliser des pratiques informelles qui peuvent varier d'un soignant à un autre. La contention de l'enfant pour réaliser les soins illustre à sa manière l'aspect implicite de la quête de stabilité dans laquelle la médecine s'est engagée. La contention forte de l'enfant est emblématique au regard des normes implicites qui régissent une partie de l'agir des soignants mais aussi au regard de ce qu'elle symbolise : la capture du corps pour tenter d'en maîtriser la précarité ontologique.

2. A l'épreuve de la réalité

C'est ainsi que je me souviens d'une situation, éloquente, aujourd'hui, mais simplement perçue comme banale à l'époque. Il s'agit de préparer un enfant pour un myélogramme⁴⁶, un soin douloureux et d'autant plus délicat qu'à cette époque les moyens antalgiques étaient beaucoup plus limités.

Je ne connais pas la procédure, je m'inquiète de réunir les conditions nécessaires pour la réalisation technique du soin. Un collègue aide-soignant me conseille et m'indique ce que je dois préparer. Il m'explique, entre autre, qu'il faut prévoir une alèze en tissu. Quand je l'interroge sur l'utilisation de ce drap, il m'explique qu'il sert à « emballer » l'enfant pendant le soin afin d'éviter qu'il ne bouge.

⁴⁶ Ponction de moelle osseuse réalisée au niveau de la crête iliaque.

Je m'exécute et m'applique à suivre ses conseils sans me poser de question vis-à-vis de ce que peut ressentir le jeune enfant momifié dans son drap pour le soin. Mon projet de participation du patient au soin, à ce moment de ma carrière, est alors très éloigné de ma réalité professionnelle. Petit à petit, au fil de l'acquisition de la dextérité et de la maîtrise des éléments techniques des soins, l'enfant, et plus seulement l'enfant malade, apparaît à mes yeux. Plus je maîtrise la technicité et plus il semble y avoir de la place pour la relation, pour accueillir les réactions des enfants et surtout pour en tenir compte. Au fur et à mesure de mon expérience en oncologie pédiatrique, je me détache des éléments techniques, je deviens disponible à celui à qui je fais les soins en ayant le sentiment de sortir de l'asservissement technologique. Cette prise de conscience s'accompagne d'un intérêt grandissant pour le soulagement et la prévention de la douleur. Cette préoccupation devient un axe prédominant dans ma carrière, une sorte de fil conducteur qui m'amène à prendre des fonctions de cadre de santé dans une structure dédiée à l'analgésie pédiatrique.

Les problématiques abordées dans le cadre de la lutte contre la douleur conduisent de façon plus générale à interroger des thématiques variées reliées au « prendre soin » de l'enfant. La question de la contention apparaît naturellement dans la réflexion sur l'analgésie. Si l'enfant a besoin d'être contenu de force, c'est qu'il s'agite et il le fait peut-être parce qu'il n'est pas suffisamment soulagé.

En portant aujourd'hui mon questionnement philosophique sur le thème de la contention de l'enfant lors des soins je garde en mémoire que j'ai été moi-même en situation de contenir un enfant de force pour faire un soin. Moi aussi j'ai eu à vivre le paradoxe d'user de la force pour le bien de l'enfant.

Au-delà de l'empirique

Au-delà du constat empirique de l'usage de la contention lors des soins, réalisé au décours d'une expérience professionnelle d'une vingtaine d'années auprès d'enfants malades, l'utilisation de la contention est aujourd'hui objectivée par des études spécifiques.

Une étude quantitative de la prévalence de la contention forte a été réalisée en 2011 dans notre établissement pédiatrique dont les résultats indiquent que deux gestes sur dix sont réalisés avec une contention forte voire très forte. Des articles scientifiques sur le thème de l'usage de la force pour réaliser les soins paraissent depuis quelques années dans la littérature spécialisée internationale. Un éditorial d'une revue d'anesthésie titre même sur la *brutacaine* !⁴⁷ Néologisme entre brutalité et anesthésiant. Le sujet de ce travail s'inscrit donc dans la continuité d'une réflexion engagée depuis plusieurs années sur la question de la contention de l'enfant.

Le propos de la thèse philosophique est appuyé par une recherche qualitative sur le même thème. Des réunions organisées avec des soignants de pédiatrie qui travaillent dans différents hôpitaux ont permis de recueillir la parole des professionnels sur la question de la contention de l'enfant lors des soins. Les résultats de cette recherche, par le biais de la parole des soignants, viennent étayer la réflexion philosophique en illustrant concrètement des hypothèses conceptuelles.

La problématique de l'usage de la contention forte lors des soins en pédiatrie soulève des questions philosophiques et éthiques qui s'inscrivent dans des pratiques quotidiennes de soins. En effet, lorsque l'enfant effrayé ou douloureux se débat et s'agite au cours du soin il arrive que plusieurs adultes le maintiennent pour poursuivre le geste. Un rapport de force s'installe alors entre soignants et enfant.

Dans certains cas la contrainte physique de l'enfant lors du soin s'apparente littéralement à de la violence. Voyons plus précisément de quoi il retourne en observant une situation clinique éloquente et pourtant relativement banale.

⁴⁷ Bengier J, « *“Brutacaine” vanquished, but pain remains* », *Emerg Med J*, vol. 23, no. (11), novembre 2006, p. 823.

Gros plan sur une situation clinique

Un soin débute. Il s'agit de la pose d'une sonde naso-gastrique. Un commentaire indique que l'enfant reçoit de la chimiothérapie. L'enfant a environ trois ou quatre ans, il est allongé sur son lit, dans une chambre d'hôpital, sous une couverture « spiderman » (un super héros). La couverture est à lui. Il l'a apportée de la maison.

Des adultes parlent autour de lui. Une infirmière explique au papa ce qu'on va faire à l'enfant. Elle montre la sonde qui va se « faufiler » jusqu'à l'estomac du petit garçon. Les voix sont douces, l'atmosphère détendue. Le petit garçon est allongé sur son lit, il ne bouge pas, il regarde autour de lui, légèrement inquiet. Les soignants s'approchent, leurs gestes sont doux, ils parlent gentiment au petit garçon.

Les soignants, au nombre de quatre, se sont encore rapprochés pour réaliser le soin, l'enfant s'est mis à protester, il dit non, refuse en secouant la tête. Les bras, les jambes et la tête sont maintenus fermement alors que la sonde approche. La couverture de « spiderman » sous laquelle l'enfant est couché s'est transformée au moment du soin. Elle est devenue un moyen supplémentaire pour limiter les mouvements de l'enfant.

Des voix d'adultes, toujours douces ; l'enfant pleure, des encouragements, l'enfant se débat, les soignants renforcent leur maintien, les bras des adultes se tendent sous la résistance du petit corps et plus le petit garçon tente de s'échapper et plus la contre pression est agissante. La sonde est introduite dans la narine, la tête veut bouger malgré la main qui la maintient, les larmes coulent au rythme des protestations, des sanglots, dans le même instant, des paroles rassurantes prononcées, on ne sait plus vraiment à l'attention de qui. Le visage du petit garçon est baigné de larmes, grimace et tente encore d'échapper au soin, sans succès, finalement l'enfant vomit mais la sonde est posée ! On entend des félicitations.

Comment ne pas frémir à la lecture de cette scène ? Comment ne pas compatir avec ce jeune enfant dont la détresse saute aux yeux ? Comment interpréter le sentiment de violence qui peut naître de la description du soin ? Comment comprendre le décalage entre la douceur des paroles et l'usage de la force ? Où cet engrenage délétère trouve-t-il son origine ?

Voilà bien le cœur de la question qui se pose au regard de la contention de l'enfant lors des soins et à laquelle il nous faut tenter de répondre. Mais avant de d'étayer les hypothèses sur lesquelles notre travail s'appuiera, il nous faut dire la question évidente qu'il faut poser pour penser la contention : celle-ci est-elle une violence ou non ?

3. Où commence la violence ?

La réponse à cette question ne va pas de soi. Car toute force n'est pas violente. Elle ne le devient que quand elle est violatrice des droits de la personne. Mais à quel moment franchit-on la limite ? Comment savoir où poser cette limite ? Difficile de le savoir *a priori*. D'autant plus lorsqu'il s'agit d'un enfant qui n'est pas en capacité de juger pleinement de la situation, ni même en possession à proprement parlé, de droits juridiques propres. Un enfant, il faut le rappeler est placé sous la responsabilité de son parent qui l'amène à l'hôpital pour qu'il y soit soigné.

Dans ces circonstances, comment décréter à quel moment, les droits de l'enfant sont violés ? Il s'agit peut-être ici de poser la question inverse. Respecter le droit de l'enfant à refuser le soin est-il licite dans ce cas ? Il est alors possible de dire de bonne foi que renoncer à faire le soin parce que le jeune enfant s'y oppose semble une attitude irresponsable. Mais en même temps, contraindre l'enfant pour lui poser de force une sonde nasogastrique apparaît comme violent.

Il y a dans la réalisation de la contention forte au cours des soins en pédiatrie une transgression qui se justifie et qui choque à la fois. Une transgression qui peut s'appliquer, on l'a vu plus tôt, au nom de l'intérêt de la personne. Elle peut naître du désir de bien faire et du désir de faire le bien. La violence peut donc naître *d'une pratique médicale honnête* comme le souligne Ricœur.

Une violence qui se fait jour au gré de petites compromissions qui finissent par nous faire oublier que l'objet de nos soins doit rester le sujet de notre préoccupation. Une succession de compromissions qui conduit à une forme d'accoutumance, qui mène les soignants à accepter l'inacceptable par le biais de divers mécanismes psychiques tels que l'esquive, la dénégation, voir le désir de maîtrise.

Mais les soignants que nous observons en situation de poser la sonde dans le nez de l'enfant, en le maintenant de force, ont-ils véritablement oublié l'objet de leur soin c'est-à-dire le petit garçon ? Il ne semble pas que ce soit le cas dans la situation précise que nous décrivons (ou du moins pas totalement, ou peut-être qu'une partie d'eux se souvient de l'enfant alors qu'une autre se concentre sur le geste). En effet, les paroles et la tonalité de la voix des adultes qui s'adressent à l'enfant avec douceur donnent à penser qu'ici l'enfant n'est pas totalement oublié. Certes, ces paroles rassurantes n'obtiennent pas du tout l'effet espéré (on peut d'ailleurs se demander si ces paroles qui tentent de rassurer l'enfant, ne visent pas à rassurer surtout les adultes) et semblent tout à fait inefficaces sur le comportement de l'enfant, néanmoins ces voix traduisent une sincère sollicitude pour l'enfant.

On relève un véritable décalage entre les gestes et les paroles que les soignants adressent à l'enfant. Un décalage qui souligne l'écart entre le geste et l'intention. Ne serait-ce pas là un indice de l'écart qui existe entre la force et la violence ? L'intention qui serait le trait d'union reliant un geste soit à un usage légitime de la force, soit à une violence illégitime.

« La violence est toujours illégitime comme l'étymologie du mot nous le murmure : parce qu'il n'y a de violence que là où il y a violation, viol, c'est-à-dire irrespect de la personne, irrespect des droits de la personne. Comme disent les philosophes : la violence c'est le mal dans la force. »⁴⁸

Les voix douces des soignants et leurs paroles rassurantes donnent à entendre qu'il n'y a pas « le mal » dans cette force-là. Mais attention à ne pas confondre, car le contraire de la violence n'est pas la douceur mais le respect.

⁴⁸ Eric Fiat, *Violence, force lors des soins douloureux chez l'enfant*. 18ème journée PEDIADOL, "La douleur de l'enfant, Quelles réponses ? 7 Décembre 2011.

Certes il n'y a pas de consentement de la part de l'enfant à faire ce geste mais ce n'est pas pour autant dans l'indifférence que la force s'exerce. Ici la force ne bafoue pas l'attention à laquelle l'enfant a droit. Elle s'inscrit dans une dynamique au service de la santé de l'enfant. La force n'est pas appliquée dans l'intention de nuire à l'enfant mais au contraire dans l'intention de le servir. L'intention de la force ne s'inscrit donc pas ici dans une action irrespectueuse de l'enfant, ce qui distingue, dans ces conditions, la force de la violence. Cette nuance peut cependant largement échapper à l'observateur extérieur qui verrait fortuitement la scène. Mais c'est particulièrement à l'enfant lui-même que cette nuance échappe.

Et sans doute, la force du soignant peut passer aux yeux de l'enfant pour de la violence. Voilà donc le point sensible de notre affaire. La violence exercée envers l'enfant ne réside-t-elle pas dans le fait de lui refuser le droit de considérer l'usage légitime de la force lors d'un soin comme étant violente de son point de vue à lui ? Ce refus se caractérise par la disqualification de sa parole lorsqu'il essaie de dire son opposition au geste qui va lui être imposé.

4. De la violence de la disqualification du refus de l'enfant

Pour comprendre les raisons pour lesquelles le refus de l'enfant n'est pas pris en compte par l'adulte au cours du soin, il faut s'attacher à observer les fondements de la disqualification du *logos* de l'enfant à entendre ici dans sa double acception : raisonnement et parole.

Du refus au logos

Le refus s'oppose à l'acceptation. La rébellion est au refus ce que la soumission peut parfois être à l'acceptation. Le rapport de l'enfant à l'adulte engage la recevabilité du refus de l'enfant. Soumission et rébellion sont en germe dans les rapports éducatifs entre enfants et adultes. Des enjeux s'expriment au travers du refus de l'enfant. Ne jugeons pas ici du bien-fondé de ces enjeux. Mais, notons simplement les tensions sociétales et éducatives qui se nouent autour du refus de l'enfant sans épargner le contexte des soins.

Des tensions qui s'entortillent telles des lianes autour du refus, support de l'expression du refus de l'adulte –cette fois– de se subordonner aux demandes d'un enfant.

Il y a comme un refus du refus. Le refus incarne le clivage des univers. Univers teintés d'imaginaire pour les uns, univers rationnels pour les autres, univers dont les codes et les langages sont différents. Le refus sanctionne ce clivage et caractérise la démarcation qui sépare le monde de l'enfant de celui de l'adulte. L'étymologie du terme refus nous informe en partie sur ce qui clive les positions des soignants et des enfants, cela même qui paradoxalement conduit au refus.

Refuser c'est *dire* son désaccord. Mais l'enfant est étymologiquement l'*infans*, celui qui ne parle pas. La manière de *dire* de l'enfant ne lui permet pas forcément d'être entendu, ou peut-être les adultes ne sont-ils tout simplement pas prêts à écouter ce que l'enfant a, à dire. Le dire de l'enfant conduit à évoquer la parole de celui-ci. Et associer la notion de parole à celle du refus permet d'entrevoir un nouvel aspect du refus, qui semble se corroborer au regard de l'étymologie du terme refuser.

A partir de l'étymologie

A l'origine le terme refuser vient du latin *refusare* qui est lui-même un croisement entre les termes *refutare* (réfuter) et *recusare* (repousser). Il est intéressant de découvrir que le terme refuser trouve une origine dans la notion de réfutation. Quand l'enfant refuse le soin, il réfute en quelque sorte l'évidence de ce qui lui est proposé par l'adulte qui le soigne.

Une véracité « évidente » qui pourrait s'illustrer par des phrases telles que « c'est pour ton bien ! » ou encore « il faut le faire, c'est pour te soigner ! ». Le raisonnement de l'adulte avance des arguments qui n'appellent pas de discussion. Le soignant justifie son action par un fait scientifique : il existe une maladie, celle-ci doit être soignée, le moyen de soigner cette maladie est de mettre une sonde dans l'estomac, ce soin est réalisé dans l'intérêt de l'enfant, « c'est pour son bien ! ». L'*évidence* de l'argumentation avancée par le soignant pourrait aussi se traduire par le mot *preuve*.

Si on entend la notion de preuve dans l'évidence de l'argumentation du soignant c'est que celui évolue dans un univers scientifique. Et effectivement il existe des *preuves* de l'intérêt de mettre une sonde nasogastrique dans telle ou telle circonstances médicales. Car les décisions de soins ou de traitement viennent d'un univers rationnel, issus d'un monde scientifique où les actes sont fondés sur les preuves. L'évidence, la *preuve* est un attribut scientifique. Or ce qui correspond à la science ne se discute pas, cela appartient au registre de la certitude. A l'inverse, ce qui peut faire fait l'objet d'un débat est du registre de l'opinion.

L'enfant fort de son intuition empirique, refuse un acte qui *a priori* ne ressemble pas à quelque chose qui lui fera du bien. Il réfute l'*evidence* que lui livre le soignant. Le jeune enfant réfute en quelque sorte la véracité des propos des soignants. Or réfuter la véracité d'un propos demande une démonstration. Il s'agit de convaincre celui à qui l'on s'adresse, celui dont on réfute les propos. Il faut argumenter et faire preuve de logique. Mais cette tentative pour convaincre est vouée à l'échec à plus d'un titre.

Il y a d'abord une double exigence pour convaincre : user à la fois de logique et de rhétorique. Pour convaincre, ou pour persuader selon Aristote, il faut donc à la fois avoir la parole aisée et un raisonnement sûr. Le jeune enfant quant à lui, ne dispose totalement ni de l'un ni de l'autre.

Par ailleurs, la rhétorique c'est-à-dire l'art de persuader correspond « [...] à la capacité de discerner dans chaque cas ce qui est potentiellement persuasif. »⁴⁹ Or il ne semble pas que la non-réalisation du soin puisse faire partie du champ potentiellement persuasif, aux yeux des soignants.

Nous soupçonnons alors, comment le refus de l'enfant du soin peut être révoqué par le soignant, comment sa requête peut devenir inaudible, comment nous pouvons rester sourds à sa supplique. Une surdité qui confine même peut être à une forme d'aveuglement, vécue alors par l'enfant comme une forme de violence.

⁴⁹ Aristote, Œuvres complètes, *Rhétorique*, 1355b, p.2605.

D'un usage légitime de la force sanctionné par le regard de l'enfant

La problématique de la violence de la contention de l'enfant lors d'un soin semble dépasser la notion d'application de la force et engage plutôt notre capacité à accueillir la réalité de l'enfant, sa perception et son ressenti. D'autant plus que cette réalité nous dérange et vient bousculer notre conviction d'agir pour le bien de l'enfant. Une réalité d'autant moins acceptable que la sentence de l'enfant à propos de la contention forte pourrait être sans appel, nous accusant (du regard, de ses cris, de ses pleurs) de violence là où nous ne voyions que force légitime.

Nous avons pu repérer un peu plus tôt les éléments qui peuvent justifier l'usage de la force : la réalité scientifique de la maladie, la nécessité d'agir pour la circonscrire voire la guérir, l'intérêt supérieur de l'enfant,... Il existe donc un certains nombres d'éléments qui justifient la contention aux yeux des soignants néanmoins il s'avère important de nous arrêter un instant sur le terme *légitime* car il semble offrir un aperçu différent que celui des justifications.

Comment définir ce qui est légitime ou ce qui ne l'est pas ? Il s'agit tout d'abord d'éviter la confusion entre ce qui est légal et ce qui est légitime. Certes ce qui est légitime pourrait être entendu comme légal au sens de ce qui est conforme à la loi réelle. Il existe effectivement des textes relatifs à la mise en place d'une contention dite passive, c'est-à-dire la mise en place d'un dispositif d'entrave⁵⁰. Mais en l'occurrence il n'existe aucun texte de loi en France relatif à la question de la contention manuelle exercée lors des soins. Mais attention tout ce qui est légal c'est-à-dire inscrit dans la loi positive n'est pas forcément légitime, comme l'histoire l'a malheureusement déjà montré, notamment avec les lois de Nuremberg par exemple.

⁵⁰ Rapport de l'ANAES publié en 2000, stipule que la mise sous contention fait l'objet d'une « prescription médicale motivée, écrite, horodatée, précisant les motifs, la durée et les risques. [...] En cas d'absence du médecin et en urgence, elle peut être faite à postériori et confirmée dans les plus brefs délais. [...] Sa durée de validité est de 24 heures ».

En ce qui concerne les prérogatives de l'infirmier quant à la contention on retrouve 2 articles relatif à l'exercice de la profession d'infirmier qui sur prescription, l'Art R4311-7 12° autorise « l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention »¹⁵ et Art R4311-9 6° autorise dans le rôle de l'infirmière, la « Pose de dispositifs d'immobilisation », mais « à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment ». Rien n'est spécifié concernant la retenue manuelle d'un patient au cours d'un soin.

Le terme *légitime* correspond donc ici à ce qui est conforme à la loi idéale, à l'idée que l'on se fait de la *loi*, à distinguer de la loi positive, et qu'il faut entendre comme règle prescrite par une autorité. La contention devient alors aux yeux du professionnel une obligation pour répondre à l'idée que l'on se fait de l'intérêt de l'enfant, des règles du groupe professionnel, de l'exercice de son travail. Dans ce cas il devient aux yeux des soignants, légitime d'user de la contention pour répondre à l'injonction des soins. Mais le sentiment de légitimité que le soignant peut avoir vis-à-vis de l'usage de la force peut être balayé par la prise de conscience de la légitimité du refus de l'enfant. Une prise de conscience qui entérinerait la violence de la contention du point de vue de l'enfant.

Une sentence qui nous condamne à la suspension de notre geste à l'instant où attentif à l'enfant nous croisons son regard accusateur. Alors il nous faut nous concentrer à nouveau sur le geste technique, prononcer peut être un peu plus de paroles rassurantes, qui nous rassurent nous-mêmes sur notre légitimité, et éviter d'entendre son refus, de voir sa détresse. Alors il est préférable de se concentrer sur de petits détails plus faciles à supporter que ne le sont les choses d'importances.

De la synthèse de la première partie du travail

Les circonstances des soins plongent ceux qui soignent, de manière inattendue, dans des pratiques qui fleurent avec la violence. Un plongeon inattendu dans le paradoxe de *faire mal* (ou d'user de la force) pour le bien de la personne que l'on soigne. Pourquoi ce plongeon est-il inattendu ? Préparés à « faire le bien » de la personne, il nous est difficile de repérer que nous pouvons aussi « faire mal ». Effectivement, faire mal lors des soins n'implique pas que l'on veuille « faire le mal ». Délicat, dans ces circonstances de percevoir à quel instant, la pratique devient illégitime. Une transgression qui selon Ricœur n'est pourtant jamais loin des pratiques ordinaires de la médecine. En effet ces soins techniques, invasifs parfois agressifs s'inscrivent dans une lutte légitime contre la maladie. Une menace qui pèse sur l'existence de l'enfant. Alors la conviction d'œuvrer pour le salut de l'enfant donne le courage de poursuivre la lutte pénible, difficile et parfois cruelle contre le mal qui menace l'existence de l'enfant.

Un combat inégal qui justifie des moyens parfois machiavéliens (car toujours justifiés par de bonnes fins) mais jamais machiavéliques (c'est-à-dire motivés à celle fin de faire le mal). L'*inquiétude* du soignant naît de la *précarité* de l'existence de l'enfant, elle fomenté sa loyauté envers la technique des soins. Une loyauté dont l'exigence conduit parfois à ne plus entendre la plainte de l'enfant ni à voir sa détresse. Une loyauté qui prend parfois la forme d'une servitude. Le soignant est ainsi amené à focaliser son attention sur la technique du soin en faisant abstraction de l'enfant qui est soigné. Cette focalisation donne de la force à la précision gestuelle, aiguise le regard, affute la compétence technique qui grandit en puissance dans le quotidien. Une spirale d'exigences techniques qui entraîne dans son sillon l'usage de la contention de l'enfant maintenu de force pour ainsi dire, être prêté aux soins techniques .

Deuxième partie : D'un refus inaudible à la cécité empathique transitoire



Tableau 2
Georges CHICOTOT (1868-1921)

Le tubage 1904

« *L'étranger d'Athènes*

Les choses de moindre importance sont plus difficiles à voir et à entendre que celles de plus grande importance, mais les menus détails sont pour n'importe qui plus faciles à supporter, à dominer et à administrer que ne les sont leurs opposés.

Clinias

Et de beaucoup certes.

L'étranger d'Athènes

Or un médecin que l'on charge de soigner un corps tout entier, s'il ne souhaite et s'il ne peut s'occuper chez son patient que des choses importantes en négligeant les parties et les détails, obtiendra-t-il que le tout soit en bon état ? »⁵¹

⁵¹ Platon, *Lois X*, 902c-902e, p.947.

Un détail de ce tableau attire notre attention. Tous les regards sont tournés vers la bouche de l'enfant qui est maintenu fermement. Mais ces regards voient-ils l'enfant ? L'exécution d'un geste technique est-elle compatible avec une vue d'ensemble ? A première vue, le soignant peint sur ce tableau, tente de rejoindre le corps de l'enfant pour le soigner. Il approche la main, l'instrument, la sonde... Il tente de s'approcher pour rejoindre le corps à soigner. Corps et moyens médicaux doivent s'unir dans l'action, faire route ensemble. Le corps malade, privé de soins médicaux est en danger et la médecine privée du corps malade impuissante.

(Encore faut-il désormais légèrement pondérer ces propos, à l'heure de la télémédecine où il devient possible de soigner à distance. Le diagnostic radiologique peut se faire par télétransmission et la chirurgie robotisée peut permettre à un chirurgien d'opérer à distance. Mais disons que l'exception ne fait pas la règle et qu'il faut encore aujourd'hui avoir accès au corps pour le soigner.)

Postulons qu'il faille (encore) que le corps et les moyens médicaux, et avec eux leurs messagers ou plutôt leurs promoteurs, les soignants, s'associent et fassent alliance pour vaincre la maladie. Mais seuls ceux qui se sont rencontrés, cheminent ensemble. Or la rencontre que le soignant propose à l'enfant n'est pas aux yeux de ce dernier de bon augure. Disons que ce type de rencontre ne dit rien qui vaille à l'enfant. Il refuse la main qui s'avance, tourne la tête à l'approche de la sonde, retire son bras au moment où l'aiguille menace. Sa main retient le geste tente de protéger, de se protéger de l'effraction. Geste spontané, ancestral, automatique que de retenir, voire de repousser pour se protéger et prévenir ce qui pourrait faire mal. Autant de réactions instinctives pour se soustraire à la menace. L'enfant repousse le soignant pour se protéger d'un danger réel ou potentiel. Son interprétation de ce qui est en train de se produire se traduit par un refus, il repousse le soignant, refuse le contact.

Mais que nous dit la main qui repousse la nôtre ? Sommes-nous seulement en mesure d'entendre ce que l'enfant tente de nous dire par ce geste ? Après nous être aperçu qu'il était parfois difficile d'entendre le refus, nous comprenons qu'il y a aussi des choses difficiles à voir.

Chapitre V : Regarder sans voir

La remise en *bon état* d'un corps semble devoir sa réussite à une étude du détail. Celle-ci se doit de passer par une observation attentive d'un morceau du tout. Observer scrupuleusement une partie du corps pour le soigner en totalité, voilà peut-être ce que suggère l'étranger d'Athènes. Si le soignant est invité à regarder avec attention une partie pour soigner le tout, c'est qu'il existe probablement d'autres manières de regarder. Il y aurait alors un nuancier de regards portés par les soignants sur celui qu'ils soignent. Or la palette des regards semble vaste et aléatoire. Les regards varient en effet selon *celui qui* regarde, et aussi en fonction *de ce qui* est regardé et surtout *de qui* est regardé. Car les nuances s'étalonnent entre une hyper-focalisation sur un point précis et une vue d'ensemble. Mais notons également que les regards prennent une toute autre nuance lorsqu'un regard en rencontre un autre.

Un dégradé de regards qui se décline donc entre : regarder, être regardé, se regarder l'un l'autre, observer avec attention et voir. Une vaste déclinaison qui s'exerce au quotidien, mais qui pourrait pourtant passer inaperçue. Comme si cette déclinaison de regard souffrait de ne plus être regardée. En effet il se pourrait qu'à force d'habitude, la diversité des regards soit devenue invisible, comme diluée dans un ensemble. Une habitude qui transforme l'insolite en ordinaire en masquant l'étonnante diversité d'un voile de déjà-vu. Alors la nuance des regards se brouille. Les regards d'ensemble ou scrutateur et focalisé se confondent. On remarque à peine le ballet des regards et l'on peut croire regarder un enfant là où ne voit qu'une partie de son corps, on peut scruter un détail en croyant voir le tout. Il convient alors de nous demander si c'est la diversité des regards qui nous échappe ou si ce n'est pas la diversité des regards qui s'étirole. Autrement dit, la standardisation du regard que l'on porte sur les regards peut s'avérer gênante pour en percevoir la diversité. Si l'on m'assigne à regarder toujours de la même façon, d'une manière standard, alors il est probable que je devienne incapable de discerner des nuances dans ce que je regarde.

Car à force de mal regarder on finit par se tromper. On finit par croire qu'il n'y a rien à voir alors qu'en fait c'est nous qui n'avons rien vu. Tous les regards ne se valent donc pas. Ne nous faut-il pas faire l'hypothèse au vue de ce qui se produit au moment où le soin bascule dans la contention, que certains regards s'expriment plus que d'autres, selon les moments? Un regard tantôt focalisé sur une partie du corps, tantôt professionnel, tantôt centré sur le visage de l'enfant, tantôt compatissant. Il s'agit donc d'arrêter notre étude sur ce nuancier de regards pour avoir la possibilité d'y déceler dans un second temps des tendances plus spécifiques à nos situations de soins.

Pour commencer, précisons les différentes manières de regarder. Le regard peut balayer, fuir, scruter... Il existe des regards affutés, des regards en biais, des regards perçants ou encore des regards fuyants. Le regard peut aussi être plein de larmes ...

Arrêtons-nous un instant sur les larmes qui noient le regard. Une parenthèse nécessaire lorsqu'on parle de l'enfant, dont les larmes coulent volontiers. Parce que le regard plein de larmes d'un enfant peut émouvoir ou laisser de marbre. Un regard d'enfant plein de larmes parfois déjà classé comme « larmes de crocodile », déjà disqualifié, déjà relégué dans une catégorie de regard standard. Un regard dont on ne se donne pas la peine d'en saisir les nuances, puisque déjà interprété avant même d'être saisi. Alors nous nous souvenons des paroles d'Anne Lécu venue parler en conférence de sa réflexion philosophique au sujet des larmes⁵². Elle nous rappelle que les yeux ne sont pas faits que pour voir mais aussi pour pleurer. « Quand les yeux pleurent, les larmes voient. »⁵³. Certes les larmes troublent la vue, mais ce trouble annonce une sorte de mise au point, (à la manière du flou dans l'objectif de l'appareil photo avant la mise au point). Une acuité qui offre la possibilité de voir ce que, ceux qui ne pleurent pas, ne peuvent voir. Alors le regard hautain que peut jeter celui qui ne pleure pas sur un regard rempli de larmes perd déjà toute sa raison d'être.

Chaque regard devient un prisme qui donne à voir une quantité de réalité, un prisme peut être même accentué par les larmes dont les reflets brillent avec d'autant plus d'éclat.

⁵² Lécu, Anne, *Des Larmes*, Paris, Cerf, 2012.

⁵³ *Ibid.* p.101.

Un prisme qu'il faut laisser en liberté, sans l'enfermer dans des préjugés. Le regard est à multiple facettes. Il donne et reçoit à la fois. A bien y regarder, on constate combien le regard, chargé de nous livrer le monde sensible, semble à double tranchant. Non seulement le regard capte des informations de l'extérieur mais il en fournit à son tour à celui qui sait regarder le regard de l'autre.

En l'occurrence, demandons-nous quels les regards naissent de notre situation de soin ? Quels sont les regards qui concernent le professionnel qui soigne l'enfant ? Que regardent ces regards ? Que voient-ils ? Souvenons-nous qu'il existe aussi des regards qui ne regardent pas vraiment et qu'on appelle absents. Et le regard dont la vocation est de faire apparaître l'image peut parfois paradoxalement la troubler ou l'occulter.

De l'échange de regards

Souvenons-nous un instant de la toile de Georges Chicotot que nous avons choisie pour illustrer cette partie de notre travail. On peut y voir un très jeune enfant assis sur les genoux d'une infirmière, les bras retenus par les mains de celle-ci alors qu'un autre soignant à l'arrière retient la tête, les mains placées de chaque côté du crâne. D'autres personnes sont face à l'enfant, un seul est assis juste au niveau de l'enfant, les autres sont debout. Tous regardent avec attention. Le regard des apprentis médecins est rivé sur les gestes de celui qui réalise le tubage. L'opérateur, quant à lui regarde attentivement la bouche de l'enfant en approchant le tube.

Etonnant comme cette peinture du début du vingtième siècle n'est pas sans nous rappeler la scène du petit garçon que nous avons retenue comme illustration de notre problématique. Un cas clinique récent et contemporain illustré par une toile vieille de déjà plus de cent ans et qui a désormais sa place dans un musée. Il s'agit peut-être d'un indice de la lenteur à laquelle se produisent certains changements. Cela conforte aussi d'une certaine manière la nécessité de regarder plus précisément une dimension des soins désertée par le *regard critique*.

Mais revenons à la toile de Chicotot. Le tableau ne laisse pas deviner le regard de l'enfant car celui-ci est de profil. Impossible de voir ses yeux. Ce que l'on devine, c'est que son angle de vue est restreint par l'impossibilité de tourner la tête.



Le médecin qui lui fait face n'est qu'à quelques centimètres de lui, le tube est plus proche encore. Mais le regard de l'enfant qui scrute, sans doute, la main qui tient la sonde et qui s'approche, ce regard, il nous est impossible de le voir. Nous ne pouvons que supposer le regard scrutateur de l'enfant Ceci-dit et à première vue, personne ne semble *voir* le regard de cet enfant. Car il semble bien que personne ne *le regarde*.

L'attention se porte toute entière sur le geste à effectuer. L'œil du médecin vise la bouche de l'enfant. Le regard est préoccupé par la trajectoire que le tube doit suivre pour rejoindre la bouche et peut être même l'intérieur de la gorge. Le regard du médecin est *pré-occupé*, c'est-à-dire occupé à l'avance. Le regard devance ce qu'il voit, il est déjà au-delà du visage de l'enfant, déjà à l'intérieur de la gorge. Et même si l'intérieur de celle-ci n'est pas visible, le regard la devine, l'imagine. Le regard est presque déjà *fibroscopique*, déjà quasiment en train de regarder à l'intérieur du pharynx de l'enfant. Et il semble impossible de ne pas détailler l'enfant de cette manière-là si l'on veut bien le soigner.

« Or un médecin que l'on charge de soigner un corps tout entier, s'il ne souhaite et s'il ne peut s'occuper chez son patient que des choses importantes en négligeant les parties et les détails, obtiendra-t-il que le tout soit en bon état ? »⁵⁴

C'est au nom du tout que le regard vise le détail, au nom de la santé de l'enfant que le médecin ne regarde que la gorge de celui-ci.

⁵⁴ Platon, *Lois X*, 902e, p.947.

Platon explique que c'est parce que les hommes ne sont pas des Dieux qu'il leur faut « [...] tels les artisans mortels qui, plus ils sont compétents, dans le domaine dont ils sont spécialistes, plus ils font preuve d'exactitude et de perfection, en pratiquant une technique unique afin de réaliser ce qui est négligeable comme ce qui est considérable. »⁵⁵

Seule la divinité pourrait prendre soin du tout, en délaissant le négligeable. Mais le commun des mortels contrairement aux Dieux, doit s'occuper des choses de petites importances pour pouvoir s'occuper des choses importantes. Nous verrons plus tard dans quelle mesure, les détails (les petites choses dont nous parle Platon) ont pu être confondus au fil des progrès médicaux, avec ce qui est important. Dans quelle mesure, une trop grande importance a été donnée à ce qui n'était que détail. Dans quelle mesure les soins ne sont pas devenus plus importants que la personne que l'on soigne pour le dire autrement.

Mais revenons encore un peu aux regards des adultes, des soignants qui prennent vie sous le pinceau de Georges Chicotot. Il y a donc le regard de celui qui réalise le tubage et le regard des autres médecins qui le regardent faire. Tous les regards des spectateurs du soin n'en forment qu'un seul. Un seul regard qui scrute le geste, la *technique unique* de l'artisan compétent, [...] *spécialiste* qui fait *preuve d'exactitude et de perfection*, peut-on dire en paraphrasant l'extrait des *Lois* de Platon.

Et l'enfant, s'il était possible de s'approcher, possible de lui faire face, peut être pourrions-nous voir ses yeux se plisser sous l'effort illusoire pour refermer son visage et échapper à l'intrusion qui s'annonce. Quoi qu'il en soit on peut imaginer que le regard de l'enfant ne rencontre pas celui de quelqu'un d'autre. Ce regard est seul, peut être concentré lui aussi sur ce qui s'approche mais il est probable qu'il ne trouve aucun regard à accrocher, aucun secours. Car rencontrer un regard à l'instant de la panique eut peut-être été l'occasion de trouver un appui. Mais peut-être faisons-nous fausse route en lisant la panique dans le regard de l'enfant ?

⁵⁵ *Ibid.* 902 e.

La médecine aurait-elle pris l'aspect du Dieu Pan dont l'apparition soudaine déclençait en son temps la frayeur générale, (*panikos* en grec)? Une frayeur partagée, communicative qui se transmet de l'un à l'autre, contagieuse en somme. La panique s'apparente alors à une frayeur bientôt déconnectée de son objet d'origine, auto-entretenu en quelque sorte par la frayeur de ceux qui entourent celui qui est conduit à la panique.

Mais si la médecine s'apparente à l'effrayant Dieu Pan, peut-on imaginer que la médecine ait peur d'elle-même ? Car les représentants de la médecine, ceux qui soignent, ne sont pas effrayés par la médecine, au contraire, elle les rassure, leur fait des promesses, leur inspire confiance. Difficile d'imaginer dans ces circonstances le pouvoir contaminant de la frayeur de l'enfant. Difficile pour l'enfant d'espérer un soutien salutaire par le biais d'un regard paniqué adressé aux soignants pour alléger sa détresse.

C'est bien plutôt de détresse, qu'il semble s'agir. La détresse *districtia* en latin signifie étroitesse. Une signification qui correspond, presque ironiquement, à la situation de la contention de l'enfant étroitement contenu. Impossible de ne pas voir de lien entre l'enfant tenu à l'étroit par des mains qui le contiennent fermement et la sensation psychique d'étroitesse. Alors on comprend mieux que la détresse saisisse l'enfant. Une détresse qui se conjugue à l'angoisse. Celle qui resserre la gorge, le cœur. L'angoisse l'*angustia* qui évoque pour sa part la constriction, (ce qui resserre) et renforce le sentiment d'étroitesse, inaugure ou conforte la détresse. Car il est difficile de repérer qui de la détresse ou de l'angoisse inaugure la survenue de l'autre. Peut-être pourrions-nous tout de même repérer la chronologie des événements. Car initialement l'objet de la peur de l'enfant est parfaitement précis et réel. L'enfant est effrayé par un élément factuel : la sonde qui s'approche. Puis la contrainte se resserre et convoque la détresse qui elle-même appelle l'angoisse, sentiment plus diffus, plus indistinct. La peur fulgurante de la sonde semble faire rapidement place à la détresse, celle qu'on peut lire dans les yeux de l'enfant si on le regarde au moment de la contention. Mais prenons garde à ne pas confondre la détresse provoquée par la situation avec l'*Hilflosigkeit* des psychanalystes.

Cette dernière s'émancipe de la détresse que nous appellerons « conjoncturelle » car l'*Hilflosigkeit* semble être « structurelle ». L'*Hilflosigkeit* du nourrisson ou la néoténie correspond à un trouble du lien entre le nouveau-né et son entourage affectif immédiat, la mère en particulier.

L'absence de reconnaissance des demandes du nourrisson, c'est-à-dire l'absence d'interprétation des premiers cris conduit à un épuisement des cris, et des pleurs qui peut aller jusqu'à la dépression du nourrisson⁵⁶. L'enfant n'est alors pas considéré comme un être de demande, ce qui interfère dans sa construction psychique. Notre situation de détresse de l'enfant au cours du soin, ne s'apparente pas spécifiquement à ce concept psychanalytique qui correspond à un mécanisme archaïque. Néanmoins il faut retenir le risque de voir les appels de détresse « vocaux » s'éteindre en l'absence de réponses avec pour corollaire l'apparition de signes d'alarmes lancés par le corps à défaut d'être entendus initialement. Sans confondre les niveaux de détresse (structurelle et conjoncturelle), à l'instant de reporter notre attention sur le regard empreint de détresse de l'enfant, il nous faut considérer ce regard comme un appel de détresse. Or cet appel doit être entendu pour ce qu'il est : une demande qui demande une réponse. Mais encore faut-il que la conjoncture s'y prête, que la demande rencontre la réponse, que le regard du soignant rencontre celui de l'enfant.

A cet instant précis, cette rencontre était-elle seulement possible ? Le médecin face à l'enfant était-il en mesure de le regarder ? Qui sait ce qui se serait produit si l'enfant et le médecin avaient échangé un regard ?

Echanger signifie donner et recevoir en contrepartie. Que peut *donner* le regard du médecin en *s'échangeant* avec celui de l'enfant ? Il pourrait s'agir de sollicitude, ou de reconnaissance de la détresse ressentie par l'enfant. Mais le soignant à l'instant où le geste se précise, est-il en mesure d'offrir cette attention à l'enfant ?

Ce dernier tenterait sans doute, par l'échange d'un regard, de transmettre sa panique. Echanger un regard conduit en quelque sorte à être redevable. Si l'autre me donne un regard, je lui dois une contrepartie. Je dois le regarder à mon tour.

⁵⁶ Douville, Olivier *et al*, *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, Paris, Dunod, 2012, p.117.

Recevoir le regard de l'enfant, c'est accepter implicitement d'être son débiteur, d'être en dette vis-à-vis de ce qu'il vient d'offrir par un regard. Il y a une sorte de contrat tacite, entre celui qui reçoit et celui qui donne, qui oblige le premier à rendre à l'autre. Mauss décrit un phénomène de don et de contre don qui nous aide à expliquer de quelle manière il est difficile de ne pas répondre du regard à celui qui nous regarde.

La force qui nous pousse à rendre le don qui nous est fait, vient du fait que la chose porte en elle l'esprit du donataire. « Ce qui, dans le cadeau reçu, échangé, oblige, c'est que la chose reçue n'est pas inerte. Même abandonnée par le donateur, elle est encore quelque chose de lui. »⁵⁷ La dette est ainsi effacée par le contre-don.

Donner un regard à l'enfant fait courir le risque de recevoir sa détresse. Recevoir un regard oblige également à y répondre. Or y répondre c'est déjà se dé-focaliser du geste, déjà s'éloigner de ce pour quoi on agit, déjà s'écarter de son devoir, celui de réaliser l'acte de soin. Qu'il s'agisse de donner ou de recevoir un regard, l'échange n'est pas anodin. Cet échange de regard pourrait être le grain de sable qui enraille une mécanique, en détournant la trajectoire de l'attention professionnelle de son but.

A-t-on les moyens de se distraire de l'objectif opérationnel du soin ? Il pourrait y avoir un danger à se laisser aller à échanger un regard. Car nous dit Levinas, regarder le visage de l'autre m'oblige dans la mesure où *quand je vois un visage je ne vois pas un objet je vois un regard qui me regarde*. Un regard qui me regarde convoque déjà ma responsabilité vis-à-vis de lui. Je ne peux plus me dédire de mon implication car dès lors que le regard de l'autre me regarde alors « cela me regarde » dans le sens où « cela me concerne ». La réalisation et par voie de conséquence la réussite elle-même du geste technique pourrait être menacée.

Le péril viendrait de la difficulté à être attentif à la fois à une partie et au tout. En effet, peut-on simultanément se focaliser sur le geste et regarder ce que la technique du soin provoque chez celui qui la reçoit ?

⁵⁷ Mauss, Marcel, *Essai sur le don*, Chapitre premier, II, L'esprit de la chose donnée (Maorie), 2^e édition, (Version informatique), Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2012.

Il est donc possible que le soignant se préserve d'une rencontre malencontreuse du regard de l'enfant, un échange qui pourrait compliquer sa tâche. L'hypothèse selon laquelle l'échange de regard ne se produit pas avec l'enfant par souci de la réussite du geste technique est certes à envisager mais cela ne doit cependant pas occulter d'autres possibilités. Car l'échange de regard entre l'enfant et le soignant peut avoir d'autres conséquences et avoir notamment l'inconvénient de mettre en lumière certains aspects déplaisants. L'œil que l'on croise du regard reflète une réalité qui nous dit quelque chose de nous-même. Le regard est alors un moyen de mieux se connaître, de se regarder soi-même.

Une occasion de se regarder soi-même ?

Voyons, pour commencer, ce que Socrate nous apprend en dialoguant avec Alcibiade à propos de la force du regard. Ce dialogue laisse imaginer quel risque celui qui regarde l'autre dans les yeux encourt. Nous parlons ici de risque car nous imaginons que si les regards ne se croisent pas et ne sont pas échangés, c'est peut-être pour se préserver de ce que cela pourrait renvoyer. Car regarder quelqu'un d'autre dans les yeux a pour conséquence de nous renvoyer notre propre image. A la manière d'un miroir la pupille reflète l'image de celui qui regarde et c'est alors lui-même qu'il aperçoit dans l'œil de l'autre.

« Socrate – Examine la chose avec moi. Si c'était à notre regard, comme à un homme, que cette inscription s'adressait en lui conseillant : « regarde-toi toi-même », comment comprendrions-nous cette exhortation ? Ne serait-ce pas de regarder un objet dans lequel l'œil se verrait lui-même ? [...] »

Socrate – N'as-tu pas remarqué que, lorsque nous regardons l'œil de quelqu'un qui nous fait face, notre visage se réfléchit dans sa pupille comme dans un miroir, ce qu'on appelle aussi la poupée, car elle est une image de celui qui regarde ? [...]

Socrate – Ainsi, si l'œil veut se voir lui-même, il doit regarder un œil et porter son regard sur cet endroit où se trouve l'excellence de l'œil. Et cet endroit de l'œil, n'est-ce pas la pupille ? »⁵⁸

⁵⁸ Platon, *Alcibiade*, Œuvres complètes, Editions Flammarion, Paris, 2008 et 2011, 133a, p.38.

La pupille est un miroir dans lequel notre propre image apparaît. Mais le reflet livré par *l'excellence de l'œil* ne saurait se réduire à un simple effet de miroir. Car le reflet du miroir n'offre jamais de voir ce que la pupille permet d'apercevoir. L'objet *miroir* n'offre justement pas le reflet qu'offre l'œil d'un autre. Il semble que l'exemple socratique ait été choisi pour l'image inédite de soi qu'offre la pupille de celui qu'on regarde. Offrant ainsi l'occasion de se regarder comme on ne se regarde pas habituellement. L'apparition de la *poupée* livre en quelque sorte une image secrète, un reflet inédit de soi-même. On se voit alors sous une perspective différente qui donne à voir une part de soi-même jusqu'alors inaperçue. Regarder l'autre permettrait donc se regarder soi-même sous un nouvel angle. L'occasion d'apprendre sur soi car l'autre nous livre une part inconnue de nous même. Mais de quelle *partie de soi* parle-t-on ? Est-ce une partie de soi cachée, subjective ou commune ?

Le reflet de la pupille nous apprend selon Socrate à connaître, voire à reconnaître notre ignorance. Il ne s'agit pas encore à l'époque antique de faire la découverte de sa propre subjectivité, c'est-à-dire de se découvrir en tant que personne. Il s'agit de découvrir par l'intermédiaire de l'autre, sa part de raison, commune à chaque être. Passer par l'intermédiaire du regard de l'autre serait alors une façon de s'approcher de ce qu'il y a d'universel en l'homme. La rencontre avec ce *même* esprit de raison, éprouve ma propre raison. Le soignant qui expérimenterait la leçon socratique du reflet de la pupille s'exposerait ainsi à la rencontre d'un *même* raisonnable, aiguillon de ses certitudes. Mais n'a-t-on pas dit plus tôt avec quelle énergie les adultes qui soignent, déprécient parfois le raisonnement de l'enfant pour légitimer le leur. Là encore il semble que le reflet offert par *la poupée* de l'œil de l'enfant pourrait ouvrir une brèche dans la conviction de l'adulte.

Alors le regard peut tenter de s'esquiver, de se soustraire au reflet qui pourrait offrir une image de soi qui n'apparaît que dans la profondeur de l'autre. Il ne suffit pas de regarder vaguement l'autre pour que l'exercice réflexif dont parle Socrate s'opère. Si les yeux se posent sur quelque partie du corps ou sur un autre objet, l'œil ne se verra pas lui-même. Effectivement l'attention du soignant est captée par le soin technique.

Les yeux des soignants sont posés ailleurs que sur ceux de l'enfant ; le regard focalisé sur une partie du corps de l'enfant n'a pas loisir ou le souhait de rencontrer ses yeux. Les paroles de soignants traduisent cette réalité. « *On est tellement dans notre soin, et tellement à vouloir réussir à faire ce qu'on a besoin de faire qu'on ne perçoit pas [...] »*⁵⁹

L'échange de regard serait alors une manière d'avancer vers ce qui nous rassemble avec l'autre, ce que l'on partage avec lui. Apercevoir ce qui nous rassemble par le prisme d'un regard inaugure aussi l'apparition de l'autre. Impossible de percevoir la détresse de l'enfant. Car si j'apparais ainsi par la grâce de la réciprocité alors cela fait simultanément apparaître celui que je regarde comme un autre soi. Un *soi* sensible et vulnérable qui entre en détresse par mon fait.

Difficile par conséquent de percevoir son propre rôle dans l'avènement de la détresse de l'enfant. Mais peut-être, est-ce tout simplement possible de se percevoir soi-même à cet instant du soin.

La frontière entre regard réflexif socratique est en passe d'être franchie pour devenir subjectivant. Un regard qui s'examine soi-même et qui donne à s'interroger non plus seulement sur ce que l'on *croit connaître* mais aussi sur ce que l'on *croit être* dans sa singularité. Le moment de la contention au cours d'un soin est un événement où se rencontrent les singularités respectives de l'enfant et de l'adulte qui le soigne. Examinons en quoi le regard présent ou absent, échangé ou ignoré peut constituer d'une façon ou d'une autre une pierre angulaire de la rencontre des subjectivités à l'œuvre dans le phénomène de la contention.

1. Du point de départ de la rencontre des subjectivités

Comment se joue cette rencontre ? La rencontre se concrétise-t-elle par l'intermédiaire d'un échange de regards ? Ou au contraire, l'absence d'échange de regard est-elle à l'origine d'un autre type de rencontre, d'une confrontation plutôt : d'une forme de rencontre qui se joue différemment ?

⁵⁹ Parole d'une soignante. Mars 2013. Extrait de verbatim recueilli au décours de la recherche qualitative réalisée auprès de soignants de pédiatrie. Annexe 1.

En premier lieu, il convient d'éviter de précipiter notre réflexion dans une conclusion hâtive concernant la rencontre des subjectivités par le biais d'un échange de regard. Disons qu'il serait hasardeux d'affirmer de manière péremptoire que l'échange des regards représente à elle seule *la* rencontre des subjectivités.

Du regard au miroir de la conscience

Certes l'échange des regards offre une opportunité de rencontre ; elle en est l'occasion ou l'éventuel point de départ mais l'instant de l'échange, peut aussi se réduire à un simple croisement sans véritable rencontre. Des regards qui aussitôt qu'ils se croisent, qu'ils se reflètent dans la pupille de l'autre, rebondissent et se dispersent. L'échange des regards est alors une occasion manquée de l'Esprit de rebondir à l'intérieur de lui-même.

La pupille de l'autre comme miroir de l'esprit ne peut rien si celui qui réceptionne le reflet ne fait rien de cette image. Ou peut-être ne rebondit-il pas à la manière dont on l'imagine. Peut-être l'Esprit rebondit-il sciemment de manière à ne pas convoquer l'échange ? Car si la pupille interpelle à la manière d'un miroir, elle reflète une compétence réfractrice intrinsèque qui doit à son tour s'activer. Plotin souligne la fonction de la conscience analogue au miroir et précise ainsi la subjectivité de la réponse de l'Esprit.

« Donc, dans tous les cas de réflexion, si le miroir est là, l'image se produit, mais si le miroir n'est pas là ou s'il n'est pas dans l'état voulu pour réfléchir les images, ce dont il y a pu avoir image n'est pas moins présent en acte ; de la même manière, dans l'âme, si ce qui est en nous est analogue au miroir [c'est-à-dire la conscience], si ce n'est en quoi apparaissent les reflets de la raison et de l'Esprit n'est pas troublé, ces reflets peuvent y être vus et ils y sont connus, par une sorte de perception, en sachant à l'avance qu'il s'agit bien de l'activité de la raison discursive et de l'Esprit. Mais si la conscience est comme un miroir brisé, parce que l'harmonie du corps est troublée, raison discursive et Esprit exercent leur activité sans reflet et il y a alors une activité de l'Esprit sans représentation imaginative (*phantasia*). (I 4,10, 6) »⁶⁰

⁶⁰ Hadot, Pierre, *Plotin ou La simplicité du regard*, Paris, Folio, 1997, p.36.

Le miroir de la conscience réfracte l'image empirique qui rebondie dans l'âme et c'est ensuite au travers des reflets qui viennent de la raison et de l'Esprit que l'on peut voir et connaître les images qui proviennent de l'extérieur. Nous, qui nous interrogeons sur l'éventuelle rencontre du regard de l'enfant avec celui de l'adulte, ne nous faut-il pas tenir compte de la différence qu'il pourrait y avoir entre eux dans la manière de « réfléchir » l'image ?

Il nous faut faire l'hypothèse que le regard du tout-petit ne soit peut-être pas, du même type que celui de l'adulte, lui dont la raison discursive manque d'entraînement. Mais cela invalide-t-il pour autant le regard de l'enfant ? Il suffit de porter les yeux sur ceux d'un nourrisson pour immédiatement être saisi par la puissance de son regard. C'est le constat que fait également Marie Abgrall dans son travail à propos de la *Présence du jeune enfant, événement philosophique*. « Nous sommes toujours impressionnés de l'importance, de l'intensité et de la densité de chaque première rencontre [...] »⁶¹

Il y a comme une sorte d'avidité dans le regard du tout petit, qui semble trahir un intense appétit de découverte du monde, de son entourage, de l'autre. On peut imaginer qu'il s'exerce chez l'enfant une sorte de compensation de la naïveté rationnelle discursive par un surcroît de *phantasia*. Une compensation qui offrirait au regard de l'enfant son acuité.

Si l'image du regard (probablement implorant, même si en définitive nous admettons qu'il demeure un mystère au sujet de ce qu'éprouve alors l'enfant) parvient à faire son chemin jusqu'aux yeux du soignant, (et c'est là une première condition, car il faut que les trajectoires des regards convergent) alors elle pourrait rebondir sur la conscience de celui qui fait le soin et fournirait ainsi les reflets nécessaires à l'Esprit pour son activité discursive. Reprenons par étape, le chemin parcouru par la *réflexion*, proposé par Plotin en appliquant ce modèle à la situation où le médecin fait face à l'enfant dans le tableau de Chicotot.

Initialement perçue par *les yeux du médecin*, l'image du regard de l'enfant est réfléchi par le miroir de sa *conscience* et offre matière au raisonnement discursif (médical en l'occurrence).

⁶¹ Abgrall, Marie Garrigue, *Présence du jeune enfant: événement philosophique, source de questionnement éthique*, Université Paris-Est, 2009, p.81.

Au vu de cette description, la distinction entre conscience du médecin et Esprit médical se brouille. En effet conscience et raisonnement, c'est-à-dire caractéristiques du miroir et nature des reflets semblent intimement liés. Dans ce cas l'activité discursive de celui qui soigne a pour point de départ un reflet qui ne peut être fidèle à l'image d'origine (et peut-elle jamais l'être pour qui que ce soit à l'instant où elle traverse le prisme de la conscience, mais cela Plotin ne nous le dit pas car il ne nous parle pas de ce qui se passe en dehors de la conscience). En effet, l'influence qui s'exerce entre conscience et raisonnement modifie le reflet qui se projette à partir du miroir de l'âme. Alors c'est à partir de reflets troublés par des contingences qui s'imposent au médecin, que s'organise l'activité de la pensée.

On peut dans ce cas, se demander, dans quelle mesure, le rebond de l'activité discursive ne reviendrait-elle pas à son tour influencer l'image qui surgit ?

Comme nous le disions, Plotin n'évoque pas cette troisième étape de la conscience (inconsciente) qui vient discrètement, au retour de l'étape discursive transformer l'image initiale. Il nous faut cependant envisager que c'est une image déjà brouillée par une action invisible qui vient rebondir sur la conscience qui ignore qu'elle reçoit une image déjà préfabriquée. Une image peut être déjà floue, brouillée voire scotomisée, une image qui reflèterait peut-être même une « zone aveugle » sans qu'on le sache. D'ailleurs l'anatomie de l'œil ne nous dit-elle pas quelque chose du paradoxe de l'existence d'une zone aveugle pour que la vision s'exerce ?

Zone d'insertion du nerf optique sur la rétine, la tache aveugle ne dispose pas de photorécepteurs, comme si cette zone était déjà trop accaparée par l'essentiel : assumer son rôle dans la vision.

On peut noter une étrange analogie entre notre « zone aveugle » des soins et l'exercice anatomique de la vision. Comme si une partie de la vision du soignant était accaparée pour remplir sa mission de soin. Il n'apparaît alors qu'une image sur laquelle on ne voit seulement la bouche de l'enfant mais d'où l'enfant a disparu, alors qu'on pense le voir.

La poursuite de l'étude de l'extrait plotinien peut nous aider à préciser le processus qui nous préoccupe pour en comprendre les rouages. Un préalable qui semble utile avant d'avancer dans la compréhension de la complexité de l'échange des regards. Plotin en comparant la conscience à un miroir intérieur, avance l'idée selon laquelle le reflet peut aussi bien apparaître dans l'âme (à la manière de l'image qui se reflète dans un miroir) et donner matière à un raisonnement, ou ne pas apparaître. C'est le cas dans lorsque la conscience est comme un miroir brisé (situation extrême de la folie). L'exemple de la folie est à la marge mais a le mérite, nous dit Hadot dans son commentaire, de mettre en avant le fait que l'homme sans être particulièrement fou, « [...] est troublé par le souci des choses terrestres et corporelles, [...] ce qui explique pourquoi nous ne percevons pas habituellement la vie de l'Esprit en nous. »⁶²

Le souci des choses terrestres est un frein au quotidien pour traiter rationnellement ce que le miroir de la conscience reflète. Nous ne sommes donc pas toujours en capacité d'aller au-delà de l'image sensible, pas toujours capable de laisser celle-ci rebondir pour la faire passer au-delà de l'apparence. Il y a des situations où le miroir de la conscience sans être brisé, fait pourtant défaut, en raison d'un trop grand nombre de préoccupations.

Les possibilités de rencontres ; entre l'enfant et le soignant ; entre le reflet de la vision de la scène de la contention et la conscience de l'un et de l'autre, demeurent incertaines. La rencontre du regard du soignant et de la détresse de l'enfant est suspendue à la capacité de la conscience à dépasser les pressions contingentes qui s'exercent au décours du soin.

« Il faut donc si l'on veut qu'il y ait conscience des choses transcendantes ainsi présentes [dans le sommet de l'âme], que la conscience se tourne vers l'intérieur et qu'elle oriente son attention vers le transcendant. Il en est ainsi comme d'un homme qui serait dans l'attente d'une voix qu'il désire entendre : il écarterait toutes les autres voix, il tendrait l'oreille vers le son qu'il préfère à tous les autres, pour savoir s'il approche ; de la même manière, il nous faut laisser les bruits sensibles, à moins de nécessité, pour garder la puissance de conscience de l'âme, pure et prête à entendre les sons qui viennent d'en haut. »⁶³

⁶² *Ibid*, p.36.

⁶³ *Ibid*, p.37.

L'attention doit donc selon Plotin se détourner des choses immanentes pour permettre à la conscience de s'orienter vers le transcendant. Mais le soignant qui tient la sonde et qui s'apprête à l'enfoncer dans la gorge de l'enfant, lui dont le regard se détourne de celui de l'enfant, est-t-il en train de suivre malgré lui les conseils de Plotin ? Oriente-t-il son attention vers le transcendant ? Ecarte-t-il la voix de l'enfant, peut-être même ses sanglots pour prêter l'oreille aux sons qu'il souhaite entendre ?

Les sons qui viennent d'en haut : les injonctions qui lui disent de faire le geste technique. Mais qui sait ? Peut-être néglige-t-il les plaintes de l'enfant pour *garder la puissance de conscience de son âme* pure et prête à entendre ce qui lui dicte la voix de la raison médicale ?

Une inversion ironique quand on se souvient que c'est la plainte du malade qui appela le soin (le secours porté à son prochain) et non l'inverse. Canguilhem rappelle quant à lui à l'heure de la révolution scientifique qu'à son origine la médecine est née de l'attention portée à la souffrance du malade et que, de ce fait, « le souci de l'individualité souffrante, qui en constitue la raison d'être et la source, doit en rester le cœur. »⁶⁴

S'il s'avère nécessaire de rappeler que l'individualité souffrante, le malade, celui qui appelle, l'enfant qui se plaint, doivent rester au cœur de l'exercice de la médecine, c'est qu'au fil des progrès il semble que la Science médicale ait pris le pas sur le malade lui-même. La révolution scientifique a, en quelque sorte, converti les polarités de la raison médicale. Rappelons que la médecine a pour origine l'écoute des sanglots du malade, ces mêmes supplications qui sont désormais ignorées au nom de la raison médicale. La raison médicale éblouie par la loi théorique semble devenue sourde à l'appel de la souffrance. Cette image n'est pas sans rappeler l'histoire du bon Samaritain. On pourrait dire qu'à l'image du Sacrificateur et du Lévite, (docteur de la foi et représentant de la loi de Dieu), qui par souci de l'application théorique de la foi, (ils se rendent au Temple), passent leur chemin en croisant le voyageur blessé, l'homme de science quant à lui, néglige les plaintes de l'enfant par « rigueur » scientifique.

⁶⁴ Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2009, p.138.

« 10:33 Mais un Samaritain, qui voyageait, étant venu là, fut ému de compassion lorsqu'il le vit.

10:34 Il s'approcha, et banda ses plaies, en y versant de l'huile et du vin; puis il le mit sur sa propre monture, le conduisit à une hôtellerie, et prit soin de lui. »⁶⁵

La compassion du Samaritain est ce qui le pousse à soigner. L'exemple du Samaritain illustre qu'à l'origine des soins se trouve celui qui souffre et dénonce l'hypocrisie du représentant de la loi théorique des soins qui ignore le blessé qui est à terre.

Méfions-nous de caricaturer la situation du soignant qui passe outre les plaintes de l'enfant, néanmoins on assiste tout de même à une sorte de subordination des devoirs qui incombent à celui qui soigne. Le médecin place alors le salut de l'enfant au-delà des manifestations immanentes de celui-ci. L'immanence de l'enfant est alors transcendée. Mais comment savoir si le son que l'on préfère à tous les autres correspond bien au son qui vient d'en haut ?

Et lorsqu'on néglige les manifestations immanentes de l'enfant, que l'on fuit son regard, et que l'on reste sourd à ses pleurs, afin d'être en mesure d'*orienter son attention vers le transcendant*, est-on certain de diriger son attention dans la bonne direction ?

Se détacher des choses terrestres peut certes permettre de se tourner vers le transcendant mais cela peut aussi conduire à certaines confusions quant à ce qu'il faut placer au-delà des contingences. Ne pas prêter attention à ce qui se produit à l'intérieur du soin ou ce qui se produit pour l'enfant peut conduire à placer la technique des soins au-delà de celui qui est soigné. Le geste médical étant au service de l'enfant peut ainsi insidieusement prendre le dessus et le transcender. Alors les sirènes de la technique peuvent enchanter l'esprit des soignants tels les marins d'Ulysse en leur fredonnant un chant funeste. Un murmure prometteur du salut de l'enfant. Qui croire, qui entendre ? L'enfant ou la promesse de la technique ?

⁶⁵ La Bible, Nouveau Testament, « Evangile selon Luc », chapitre 10.

Sur le modèle des conseils de Circé, les soignants ont peut être choisi de se boucher les oreilles avec de la cire pour ne plus entendre l'enfant, pour éviter que cette plainte ne les entraîne vers un désastre. Ils ne poursuivraient pas leur but (soigner l'enfant) et courraient peut être à la perte de l'enfant. Et comme s'il ne suffisait pas de se boucher les oreilles, il leur faut également détourner le regard, *l'orienter vers les choses d'en haut* : vers le salut de l'enfant, en transcendant ses protestations et sa détresse.

Regarder l'invisible au-delà du visible

Le regard peut donc offrir l'occasion d'observer au travers de ce qui est visible de l'autre (les yeux, le corps, la bouche), une part de l'invisible de l'autre, de voir au-delà de ce qu'il nous donne à voir. Le médecin qui regarde la bouche de l'enfant pour y insérer la sonde, voit au-delà de celle-ci. Il voit l'Idée de l'enfant plus que l'enfant lui-même. C'est alors l'Idée de l'enfant qui guide sans doute sa main, qui motive son geste. Pourtant et malgré cette honorable justification, quelque chose le retient de regarder le petit patient *dans* les yeux, il évite de rencontrer son regard. Il regarde déjà au-delà de lui mais il le fait sans soutenir son regard.

Peut-être, est-ce parce que regarder l'autre *dans* les yeux, rencontrer sa pupille, conduit à se voir soi-même, à s'exposer aux reflets de sa conscience, à rencontrer un autre Soi, en quelque sorte ? Dès lors que l'autre apparaît par l'opération du regard il se trouve donc placé devant les yeux de celui qui regarde, à l'extérieur de lui, tel un objet. Par l'apparition de cet objet, je confirme ma propre qualité de sujet. Car deux objets ne se reconnaissent pas l'un l'autre. Seul un sujet reconnaît un objet. Mais lorsque deux sujets-objets se regardent alors ils se reconnaissent l'un l'autre. Lorsque le soignant regarde la bouche de l'enfant, il le place devant lui, à distance, il *l'objective* et inaugure ainsi l'apparition de sa présence. Mais ce faisant le soignant apparaît lui aussi simultanément comme objet extérieur à l'enfant. Il est par conséquent objet de l'objet qu'il regarde.

Il y a dans ce regard posé sur l'autre comme *objet*, une rencontre dans une *mêmeté*. Une rencontre d'objet à objet qu'initie le regard. Sartre postule sur la nature objectivante du regard.

(Nous utilisons ici Sartre pour illustrer le rôle du regard dans l'objectivation de celui qui est regardé mais nous relevons sans attendre le fait, que c'est Levinas plus que Sartre, qui voit dans l'œil d'autrui, en tant que foyer du regard, quelque chose qui interdit l'objectivation. Nous reviendrons sur ce point plus précisément après avoir éclairci le point de vue sartrien.)

« Et cette présence originelle ne peut avoir de sens que comme être-regardé ou comme être regardant, c'est-à-dire selon qu'autrui est pour moi objet ou moi-même objet pour autrui. [...] Autrui m'est présent partout comme ce par quoi je deviens objet. »⁶⁶

La formule sartrienne souligne que l'apparition de la présence d'autrui est contemporaine à la mienne. Que nous apprend cette formule sur ce qui se produit entre l'enfant et le soignant ? Elle nous dit quelque chose de l'extériorité de l'enfant, de son apparition comme *objet*. Si l'enfant *m'apparaît*, c'est parce que mon regard a placé son image devant *mes* yeux. Or ce que l'on en voit (l'extériorité) dévoile nécessairement celle du soignant qui regarde. Sartre en soulignant l'existence d'un point de rencontre des extériorités, suggère les retrouvailles invisibles des intériorités.

Partager avec l'autre la même condition d'objet, n'apparaissant à l'autre qu'*au dehors* de lui, par le fait de l'existence d'un *en dedans* propre à *soi*, valide implicitement, l'existence d'une *intériorité* partagée par les uns et les autres. Ce que nous nommons *en dedans*, l'*en-soi* ou l'*intériorité* caractérise ce qui est propre à chacun, ce qui est individuel et pourtant commun à l'homme. Alors les différences se rassemblent dans un *même*.

Le regard est alors l'occasion de l'apparition d'un *entre-deux*. Celui-ci révèle l'espace entre deux *soi* : celui de l'enfant et celui du soignant, par essence différents. Il s'agit alors d'un *entre-deux* des *différences*. Un *entre-deux* qui sépare et qui rassemble à la fois. Le regard offre l'opportunité de saisir l'espace (*l'entre-deux*) qui rassemble l'enfant et le soignant au travers de leurs différences. Il s'agit d'un *entre deux* qui transcende l'extériorité par l'immanence de l'intériorité.

Un espace qui est au-delà du visible, au-delà de ce qui apparaît à l'extérieur, un espace où se rencontre les intériorités mais qui s'exprime pour son

⁶⁶ Sartre, Jean-Paul, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 1976, p. 319.

propre compte, car cet *entre-deux* est au-delà de la subjectivité de l'un ou de l'autre. La subjectivité en est l'espace de célébration sans en être l'expression propre. C'est en cela que nous nous risquons à évoquer cet *entre-deux* des *différences*, comme espace de transcendance.

2. Du regard inaugural d'un espace de transcendance

Voyons dans quelle mesure il est possible de considérer que cette forme de transcendance, s'exerce dès lors que j'attrape un regard tourné vers moi ? Sartre parle d'un moment qui surgit « [...] sur fond de destruction des yeux qui « me regardent » ; si j'appréhende le regard, je cesse de percevoir les yeux : [...] ils sont neutralisés, hors-jeu [...]. Ce n'est jamais quand des yeux vous regardent qu'on peut les trouver beaux ou laids, qu'on peut regarder leur couleur. Le regard d'autrui masque ses yeux, ils semblent aller *devant eux*. »⁶⁷

Le fait que les yeux me regardent, fait qu'à mon tour je deviens objet de son regard. Je neutralise alors celui qui « me regarde » en cessant de percevoir ses yeux. De son côté le regard d'autrui peut à son tour s'autocensurer en allant *au-devant* de ce qu'il voit. Le regard d'autrui masque le visible car il regarde déjà l'invisible. Les regards sont déjà *en avant* de ce qu'ils regardent, vers un espace où l'on s'avance déjà vers l'intériorité de l'autre. Déjà *devant eux*, dans un espace *entre eux* où les perceptions peuvent s'annuler, où la vue peut faire défaut et ne plus laisser apparaître ce qui est visible. Ce que décrit Sartre est comme une sorte de sursaut pour se défendre de la capture de sa subjectivité. Ici la transcendance de l'*entre deux* des regards s'exerce *a contrario*. Il s'agit d'aller au-delà du regard de l'autre non pas pour célébrer ce qui rassemble mais pour saufer garder la différence, pour éviter la réciprocité de l'objectivation. Le regard objectivant de Sartre qui conduit à effacer les yeux de celui qui me regardent est bien différent du regard levinassien qui se pose sur le visage.

⁶⁷ *Ibid*, p.297.

L'invitation levinassienne vise à dépasser le visage d'autrui pour que ce dernier surgisse en dehors de toute objectivation. Il y a alors une transcendance éthique de l'immanent. Il s'agit là d'un rassemblement des différences. En quelque sorte le point de vue levinassien habite l'*entre-deux des différences*, là où le regard sartrien ne le laisse surgir que pour mieux le fuir.

S'agirait-il alors pour ce qui concerne les soignants de tendre plutôt vers un regard levinassien en évitant a contrario de *tomber* dans un regard sartrien ?

Un regard qui évite d'objectiver l'autre. Un regard éthique en puissance, qui regarde au-delà, qui voit déjà Autrui et laisse apparaître ce qui est transcendant à la couleur des yeux ou à la forme du visage. Un regard qui va au-delà des détails caractéristiques d'une personne, mais non pour échapper à une objectivation réciproque inévitable selon Sartre mais pour rencontrer Autrui, comme pure singularité.

Pour Levinas, l'accueil éthique d'Autrui est hospitalité donnée au tout autre, si « autre » qu'il n'est même pas une personne, et même qu'il n'est même pas.

« Je pense plutôt que l'accès au visage est d'emblée éthique. C'est lorsque vous voyez un nez, des yeux, un front, un menton, et que vous pouvez les décrire que vous vous tournez vers autrui comme vers un objet. La meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne même pas remarquer la couleur de ses yeux. »⁶⁸

Le visage levinassien dépasse l'objectivation de l'autre et donne accès à Autrui. Qui n'est en rien une personne parmi d'autres ! S'arrêter au détail du visage, à la bouche de l'enfant, nous éloigne déjà de l'authenticité de la rencontre. Or cette rencontre ne peut surgir qu'au-delà du sensible. La logique de cette démonstration est irréfutable. L'image est parlante, elle est même *criante* de justesse. Nous disons "criante" car nous entendons dans la voix de l'enfant qui s'élève et écarte toutes les autres voix. Un *cri*, le cri du tout-petit étant la voix qui appelle la réponse. Une voix qui s'élève et qui écarte toutes les autres voix. La voix qui parle à celui qui sait tendre l'oreille, ici le visage d'autrui qui crie d'une voix muette (écho de celle de Dieu) l'injonction radicale « Ne me tue pas ! »

⁶⁸ Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini*, Le Livre de Poche, Paris, 1982, p.79..

C'est donc cette voix qu'il me faudrait entendre plus que toute autre lorsque je me penche sur l'enfant au moment de le soigner. Un rappel à l'ordre qui trouve son écho dans le reflet du visage de l'enfant et qui m'oblige au respect d'autrui au-delà de toute autre obligation. Une voix qui rappelle l'invitation plotinienne, à revenir à des choses transcendantes.⁶⁹ Une invitation qui fait elle-même écho à l'Idée platonicienne, reflet d'une quête philosophique ancestrale « [...] du lieu originel de cette idée de l'Infini et de sa transcendance [...]. Lieu à chercher dans les dimensions de l'humanité de l'homme. [...] »⁷⁰ Un lieu originel niché en l'autre, un lieu qui est incarné selon Levinas par le visage d'autrui qui appelle à la vigilance.

« Vigilance qui n'est pas celle d'un regard. Vigilance d'une responsabilité qui, de moi à l'autre, est transcendance dans laquelle l'altérité de l'autre, irréductible, me concerne moi en tant qu'élu et irremplaçable, [...] »⁷¹

Alors penché sur le corps de l'enfant malade, les yeux tournés vers son visage, ce n'est pas celui-ci qu'il me faut voir, mais l'infini de son être et le rencontrer au-delà du visage qu'il me présente. Nous voilà dans un espace entre l'autre et soi, un espace transcendant, un espace éminemment éthique, qui déborde la séparation ontologique entre soi et autrui, un Infini, qui nous oblige à une *vigilance* qui va au-delà du regard. Il s'agit de récuser toute tentative, sous couvert « d'argument ontologique », d'assignation de l'être par un *regard totalisant*, en l'enfermant dans sa présence.

D'un défi levinassien impossible à relever ?

Si la vigilance est de mise dans l'éthique levinassienne, c'est qu'il existe un danger. Sous prétexte de saisir l'autre dans son ontologie, on risque de séquestrer l'être dans une représentation globalisante et forcément réductrice. Le risque est permanent, dans l'instantanéité du regard posé sur autrui. Un regard d'équilibriste susceptible de basculer dans une vision totalisante de l'autre.

⁶⁹ Hadot, *Plotin ou La simplicité du regard*, p.36. « Il en est ainsi comme d'un homme qui serait dans l'attente d'une voix qu'il désire entendre : il écarterait toutes les autres voix, il tendrait l'oreille vers le son qu'il préfère à tous les autres, [...] »

⁷⁰ Levinas, Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Paris, Le Livre de Poche, 2006, p.28.

⁷¹ *Ibid*, p.29.

Avant de repérer les regards à risque, il faut en faire l'inventaire. C'est ce que fait Michel Geoffroy⁷² dans son étude philosophique du tableau de Brouillet 1887, « Une leçon clinique à la Salpêtrière ». Il distingue le regard du maître de médecine : Charcot, celui de ses élèves, et celui des infirmières. Il propose un éventail de regards selon celui qui regarde, des regards aux dimensions tantôt platonicienne, husserlienne ou levinassienne.

Selon lui, le regard que portent les infirmières sur Blanche (la patiente) est borné d'un avant et d'un après l'examen, ce qui lui confère un caractère spatial et temporel qui correspond à une nécessaire diachronie⁷³. M. Geoffroy argumente le fait, à partir de l'étude de l'ouvrage de Levinas *Le temps et l'autre*, que cette diachronie révèle d'une co-présence dans la relation soignant-soigné. Une co-présence qui échappe donc à une symétrie. Il faut qu'il y ait absence de coïncidence entre les temporalités des soignés et des soignants « pour être à proprement parlé levinassienne ».

La version du temps dont parle Levinas est celle *du même vers l'autre*, ce que Geoffroy nomme : hors-de-soi-pour-l'autre qui s'oppose selon lui à une capture dans l'instantanéité du savoir. Une version du temps qui s'oppose à la pure représentation (figée), à l'Idée platonicienne qu'offre le regard médical sur le tableau de Brouillet. Tandis que la co-présence levinassienne de l'infirmière invite à un mouvement qui *va vers l'autre* en récusant la coïncidence. Mais peut-on affirmer qu'il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'un enfant ?

En effet le temps de l'enfant est par définition différent de celui de l'adulte. Le temps de l'enfant est naturellement hors de celui du temps de l'adulte, naturellement asymétrique. L'enfant habite le temps présent, trop jeune pour se représenter précisément l'après.

⁷² Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude: Pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004, p. 69.

⁷³ « Dans *Le temps et l'autre*, Levinas décrit cette nécessaire diachronie : Cette impossibilité de coïncidence entre le même et l'autre cette inadéquation, « ne sont pas des notions simplement négatives mais [...] ont un sens dans le phénomène de la non coïncidence donné dans la diachronie du temps. Le temps signifié, ce toujours de la relation-de l'aspiration et de l'attente : fil plus tenu qu'une ligne idéale. »

L'adulte quant à lui a conformé au fur et à mesure la chronologie du temps. Or l'adulte qui s'occupe d'enfants admet *a priori* qu'il existe une différence de perception du temps entre lui et l'enfant.

On pourrait donc considérer que le soignant de pédiatrie est plus « disposé » à accueillir la diachronie. Nous ne le pensons pas. Dans la mesure où les circonstances des soins conduisent parfois le soignant à réifier le patient, il semble que les particularités de celui-ci (qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte), dans ces circonstances précises, n'invite pas spontanément au mouvement qui *va vers l'autre*.

Là où les médecins du tableau ont une illusion de coïncidence de leur propre temporalité et de celle de la patiente, (une coïncidence nécessaire à la capture de l'instantané de la maladie de Blanche), les infirmières ont conscience que le temps de Blanche ne se déroule pas uniquement dans l'instant où elle est là, offerte au regard médical. Elles reconnaissent que ce temps-là ne coïncide pas avec le temps de la patiente. Elles savent que le temps de la patiente était là avant qu'il sera là après et que ce temps est forcément décalé du temps de l'examen, et donc aussi de leur propre temps. Alors la dissymétrie des temporalités est reconnue, ce qui pousse à une rencontre éthique et cela peu importe qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte. Une sorte de mise en abstraction de toute forme de représentation qui conditionne l'accueil de l'autre.

La perception et l'intégration d'un écart entre les temporalités selon M. Geoffroy est un des éléments qui conditionne la possibilité d'un regard levinassien. Certains hommes seraient donc capables de cette forme d'abstraction ? Le soignant (l'infirmière du tableau de Brouillet en l'occurrence), qui délivré de l'ivresse « [...] d'être *en soi et pour soi* dans la présence-[...], (serait) capable de dégrisement et dés-inter-essement et de vigilance extrême en face de son prochain absolument autre. »⁷⁴

Sans doute que le temps où les infirmières accompagnent Blanche, où elles se tiennent à ses côtés, où elles la réconfortent, où elles lui donnent simplement des cachets, offre l'espace d'abstraction, de *dés-inter-essement*, propice à la vigilance, propice à la rencontre éthique.

⁷⁴ Levinas, Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Paris, Le Livre de Poche, 2006, p.29.

Mais que sait-on du moment où les soins se précisent, où il faut porter son attention sur une partie précise du corps ? Il est légitime de se demander si les infirmières de Blanche auraient encore l'opportunité d'un détachement salutaire, de vigilance, de ce *même vers l'autre* à l'heure de la piqure, de la ponction ou d'un tubage.

Ce mouvement *dés-intér-essé* (qui s'effectue dans un espace d'abstraction) est-il compatible avec l'*intérêt* médical de la patiente ? Ce *des-inter-êt* ne peut-il pas être confondu avec un *dés-inter-êt*, c'est-à-dire un manque d'intérêt – quand bien même Levinas voulait distinguer entre les deux ? Cela ne conduirait-il pas la patiente à sa perte ? Sorte d'ultra-abstraction délétère qui empêche de travailler à l'intérêt médical, qui empêcherait de faire le geste médical salvateur.

Il faut bien couper la peau, piquer la veine, enfoncer des tuyaux dans les orifices naturels du corps, décaper les chairs d'une plaie, dans l'intérêt de la personne. Peut-on se *dés-inter-esser* d'autrui, tout en agissant dans l'intérêt de la santé de l'autre ?

Qu'en est-il du moment où l'infirmière saisit le bras de l'enfant pour lui enfoncer une aiguille dans la veine ? Qu'en est-il du moment où le soignant concentre son attention sur la narine de l'enfant pour y enfoncer la sonde gastrique qu'il faut placer dans l'estomac ? Qu'en est-il de l'instant où l'enfant s'agite et que les bras du soignant retiennent avec force les mouvements de celui-ci ? Le temps d'un regard levinassien est-il venu ? Le rapport levinassien à l'autre est-il possible au cœur du corps à corps du soin du tout petit ?

L'idée remarquable d'une transcendance éthique, par l'épiphanie du visage d'autrui est incontestable. La puissance et le bienfondé philosophique de cette conception nous inspirent un respect admiratif mais elle est également source de questionnement quant à son application.

Le simple fait d'évoquer la question de l'application de l'éthique levinassienne pourrait soulever des protestations légitimes. En effet l'épiphanie du visage de Levinas n'a pas vocation à devenir une doctrine contraignante pour les soignants.

Il s'agit plutôt de se demander dans quelle mesure cette éthique de l'altérité et de l'infini est compatible avec la pratique des soins. La conversion du regard qui se tourne vers autrui comme infini, au-delà de n'importe quel détail du visage qui le représente, semble difficile à mettre en œuvre pour le soignant pris dans un nécessaire corps à corps pour soigner.

N'est-ce pas là un défi impossible pour le soignant qui a à faire avec le corps malade? L'injonction lancée par le visage d'autrui pourrait peut-être se transformer en une injonction paradoxale lancée aux soignants. Car le confinement à l'exigence levinassienne ne semble pas pouvoir s'accommoder de l'exigence brutale des soins.

Le médecin ou le soignant en passe de poser une sonde ou un cathéter dans une veine minuscule, peut-il faire fi des choses terrestres, peut-il porter un regard platonicien ou mieux encore levinassien sur l'enfant ?

Ou pour poser différemment la question : est-il possible de négliger les contingences du soin ? Et particulièrement quand cette contingence est celle du soin d'un enfant ? Est-il seulement possible de délaisser les aspects corporels, et surtout pratiques quand on prodigue des soins ?

Ces interrogations nous conduisent à douter que l'invitation levinassienne soit envisageable pour le soignant, aux prises avec le corps malade de l'enfant. Il s'avère qu'Anne-Laure Boch⁷⁵, philosophe et neurochirurgienne a partagé notre scepticisme à ce propos.

« Le commandement « Ne me tue pas ! », entendu avec la tendance levinassienne à l'hyperbole, peut-il ne pas se transformer en un « Ne me touche pas ! » qui est opposé à l'essence même du soin ? Le respect absolu entraîne l'impotence absolue, c'est une évidence à laquelle notre philosophe semble ne pas avoir pris garde. Le respect paralyse l'action. »⁷⁶

⁷⁵ Boch, Anne-Laure, *Médecine technique, médecine tragique Le tragique, sens et destin de la médecine moderne*, Philosophie Pratique, Ethique hospitalière, Université de Marne-la-Vallée, juin 2006.

⁷⁶ *Ibid.* p. 140.

Appuyons nous sur son travail, pour questionner plus précisément la compatibilité de l'éthique de Levinas et la pratique des soins médicaux. Constatant à quel point la technique médicale déploie des procédés violents pour soigner : outils, gestes, effraction de l'intimité, coupure, piqure et autres manipulations, Anne Laure Boch questionne l'adéquation du respect d'autrui et de l'agressivité. « Le respect absolu de Levinas de l'Autre, fondé sur l'épiphanie du visage [...] n'est pas compatible avec la violence nécessaire à l'acte de soigner. »⁷⁷

Mettant en avant la potentielle violence des soins, la philosophe argumente en faveur de la dimension agressive fondamentale des actes médicaux et par conséquent leur antinomie avec l'éthique levinassienne. Le « passage à l'acte » du soignant au dépend du corps de l'autre, semble se nourrir de l'agressivité ontologique de l'homme. Une agressivité qui est une caractéristique humaine et qui concerne le soignant au même titre que tout autre.

« L'homme n'est point cet être débonnaire, au cœur assoiffé d'amour, dont on dit qu'il se défend quand on l'attaque, mais un être, au contraire, qui doit porter au compte de ses données instinctives une bonne somme d'agressivité.»⁷⁸

De la guérilla des agressivités à la sublimation dans le soin

Nul n'échappe à l'agressivité constitutive du caractère humain, ni le « gentil » soignant, ni l'« innocent » enfant. En effet, l'agressivité est nécessaire au développement du jeune enfant, dès le début de sa vie. L'agressivité apporte l'énergie et la motivation pour assouvir ses besoins tout au long de la vie.

Une pulsion présente à l'heure des premiers pas, véritable moteur qui permet d'aller de l'avant. L'étymologie du terme agressivité évoque un élan archaïque : *ad-grandi* c'est-à-dire « marcher vers », « s'avancer vers ».

⁷⁷ *Ibid*, p.140.

⁷⁸ Freud, *Revue de française de psychanalyse 1 revue bimestrielle tome XXXIV- Janvier 1970/ Freud: Malaise dans la civilisation/ Michel Neyraut: Solitude et transfert, Ivan Fonagy: Les bases pulsionnelles de la phonation*, PUF, 1970.

Un élan fondateur de la mise en mouvement qui concerne l'enfant et aussi celui qui le soigne, qui ne s'est affranchi que superficiellement de ces pulsions agressives. Il faut donc nécessairement tenir compte du choc des agressivités au cœur de la rencontre dans le soin, si l'on veut comprendre ce qui se produit véritablement.

La question est de savoir ce que fait l'infirmier ou le médecin de ces pulsions agressives au moment où elles rencontrent celles de l'enfant qui se défend de ce qu'il considère (à juste titre dans les faits) être une attaque. Le moment du soin durant lequel l'enfant se débat, où l'on cherche à lui introduire une sonde dans le nez où plusieurs adultes retiennent ses mouvements, doit être reconsidéré sous l'angle de la réciprocité des agressivités.

Peut-être le soignant est-il mu par une pulsion aggressive déclenchée par le refus de l'enfant, animé du désir certes de le soigner mais aussi de le soumettre à son contrôle ?

Cherchons un instant dans nos souvenirs, et dans les récits sincères qu'ont pu nous faire des collègues à l'évocation du sujet de notre travail : la contention forte de l'enfant au cours d'un soin. Un tout jeune enfant qu'il faut tenir pour effectuer des points de sutures, l'appel du jeune externe⁷⁹ au physique imposant, pour « aider » à tenir l'enfant d'à peine une vingtaine de kilos qui se débat, et tente de s'échapper avec l'énergie du désespoir. L'enfant donne des coups de pied, frappe et bave. Le futur docteur le retient, tente de le maîtriser de tout son poids, lui qui pèse environ cinq fois plus que l'enfant. Il raconte la rage intérieure qui le prend à l'instant où l'enfant lui résiste.

La fulgurance de sa propre violence le saisit, sans le stopper pour autant. Il est tel un observateur extérieur à lui-même qui constate avec surprise sa propre agressivité. Il raconte bien des années après cette scène, le flot de colère et d'agressivité qu'il a ressenti pendant ce soin.

Avec une honnêteté rare, il raconte le souvenir qu'il garde du désir d'avoir l'ascendant sur l'enfant, et la volonté de le soumettre. Point d'apitoiement ou de sollicitude à cet instant du soin.

⁷⁹ Externe : statut d'étudiant en médecine.

Mais des années plus tard, le récit est empreint d'émotions. Encore surpris par sa réaction de l'époque, effrayé par ce déferlement d'agressivité endogène à l'égard d'un si petit, tellement vulnérable.

La lucidité de notre ami, nous offre l'occasion rare de nous confronter à nos propres démons. Alors, c'est donc cela ? Nous ne sommes pas *que* bons, uniquement animés de sentiments altruistes ? Notre abnégation à soigner n'est donc pas faite d'un bloc monolithique de bonté bienveillante ?

Nous nous remémorons piteusement, à notre tour, des instants d'intense satisfaction à piquer une veine sur la tête d'un bébé, en le laissant pleurer parce que dans ce cas les veines ressortent mieux, satisfaction d'avoir « trouver » l'artère à l'aide d'une aiguille enfoncée en diagonale du poignet sans aucune considération pour la réaction du propriétaire de l'artère. Alors notre regard angélique sur nos gestes, sur notre nécessaire abnégation à faire des soins à l'enfant, quitte à lui faire mal, se teinte d'un dérangeant sentiment de plaisir.

Plus troublant encore, est de constater le géocentrisme de notre attention à ces moments des soins, où l'élan de notre action, il faut bien l'avouer, ne tire pas sa source d'une volonté altruiste mais bel et bien dans une satisfaction personnelle, voire d'un plaisir égoïste. Pire encore de s'apercevoir que cette satisfaction, certes inconsciente, provient de l'assouvissement d'une pulsion agressive.

Mais que faire de ce constat gênant ? Nous admettons qu'il est heureux de dévoiler cette part invisible de ce qui nous anime. Car si l'on souhaite mettre à jour le phénomène de l'usage de la force lors du soin en pédiatrie, il nous faut en détailler tous les tenants et les aboutissants. Et ce, malgré des *tenants* moins glorieux que ce qu'on imaginait, des *tenants* peu glorieux mais banalement humains. Des *tenants* qui nous aident à explorer le territoire mystérieux de la rencontre de soi et de l'autre.

La sublimation de l'agressivité nécessaire à la réalisation du soin, au travers de la volonté de réaliser un *bon* geste (celui qui soigne sans faire mal) est déjà soulignée par Anne-Laure Boch. Paradoxalement le soignant aime faire le soin, il en éprouve de la satisfaction, mais il s'agit (dans la majorité des cas) d'un plaisir transcendé, sublimé.

Ce n'est pas dans un espace de sadisme que s'exprime cette agressivité archaïque mais bien dans un espace de sublimation qui rend possible et soutient le passage à l'acte agressif nécessaire à la réalisation du soin invasif. Ce territoire où l'agressivité archaïque se transforme, pourrait être celui de la sublimation freudienne⁸⁰. L'étude de ces mécanismes offre la possibilité de réinterpréter ce qui se produit en se dégageant d'une culpabilité inadaptée.

L'agressivité (en tant qu'élan archaïque à l'origine de la mise en mouvement) semble être à l'origine de nos gestes. Elle donnerait l'impulsion nécessaire au passage à l'acte. Et s'il est nécessaire de la dépasser, elle semble n'en être pas moins constitutive de notre être. La notion d'agressivité partagée c'est-à-dire ontologique pourrait alors rassembler les soignants et l'enfant dans un même espace.

Qu'en est-il à ce moment-là du soin, de la rencontre avec autrui, s'il nous est impossible d'aller en premier lieu à la rencontre de nous-même ? Rencontrer ses propres contradictions ? Rencontrer sa propre ambivalence pour observer ce qui nous rassemble avec autrui dans un même, voilà l'étape qui précède la rencontre de l'autre.

⁸⁰ La sublimation est un concept freudien qui rend compte de phénomènes, qui bien qu'ils semblent totalement indépendants des pulsions fondamentales, en découlent. La pulsion sexuelle se transcende en désir qui soutient des activités créatrices, artistiques ou intellectuelles.

Chapitre VI : La contention ou d'un espace de soins à part

Nous voilà donc à nouveau rassemblés, enfant et soignant pour le temps du soin dans une différence (celle de notre agressivité) vécue, déniée ou transcendée. Et pourtant l'agressivité nous est commune, pourtant *même*. La question d'un l'espace où se joue la rencontre semble décidément être récurrente dans notre problématique.

Un espace physique naturellement, lieu concret du soin : la chambre, la table d'examen, lieu du « corps à corps », mais un espace qui donne aussi l'occasion d'une rencontre immatérielle et invisible. Un espace de transcendance où se rejoignent un *même* et un *autre*, et aussi un *rassemblement dans le commettre* de la technique.

Arrêtons-nous un instant sur le *commettre* de la technique avant de revenir plus longuement sur « la question de la technique » d'ici quelques chapitres. Le *commettre* heideggérien donne ici à entendre l'interpellation commune de l'enfant et du soignant dans la technique. Ils sont tous deux *commis*, c'est-à-dire mise à disposition pour les besoins de la technique. Tous deux nécessairement rassemblés pour que la technique du soin se réalise.

« Ce qui se réalise ainsi est partout *commis* à être sur le champ au lieu voulu, et s'y trouver de telle façon qu'il puisse être commis à une commission ultérieure. »⁸¹

Il y a une forme d'assignation des « participants » à la technique qui sont l'enfant et les soignants. Ils sont dans une même mesure *commis* à être tous deux *sur le champ, au lieu voulu du soin*, dans la chambre ou dans la salle de soin, au service du geste médical, l'un pour le subir, l'autre pour l'exécuter. *Commis* dans un même espace en somme, pour qu'ils puissent tous deux être *commis* à une *commission* ultérieure, semble finalement les rassembler dans une même *commission*. Ce partage de vocation à être *commis*, induirait un rassemblement dans le *même*, par conséquent un *partage* d'espace commun.

⁸¹ Heidegger, *Essais et Conférences*, p.23.

Or cette communauté, n'est-elle pas une condition de possibilité de transformation de l'agir ? Une occasion de transformer l'événement de la contention, ou du moins la possibilité d'en sursoir l'avènement ? Cette seule perspective, la simple possibilité de transformer l'agir, du seul fait d'un rassemblement dans la commission à être commis par la technique, n'ouvre-t-elle pas le champ sur un espace éthique ? Un espace de possibilité de questionner l'agir.

N'y aurait-il pas une sorte de parallèle entre l'espace éthique (potentiel) niché au cœur du soin, et l'espace qui émerge de la dialectique du même et de l'autre ? Un lieu de transcendance et de sublimation qui serait en quelque sorte à la croisée des chemins. Un lieu où justement le choix de la direction à prendre resterait aléatoire, un lieu où il existerait plusieurs possibles. Or c'est d'une certaine manière cet espace des possibles au cœur de la contention que nous cherchons à dévoiler au fil de notre étude.

1. A la croisée des chemins

Car comme on a pu s'en apercevoir avec les échanges de regards, les modalités sont variables et n'aboutissent pas toujours aux mêmes issues. L'espace de la rencontre des regards peut être un lieu de transcendance (regard levinassien) tout comme il peut être le lieu de son escamotage (regard sartrien). De même l'espace d'une rencontre éthique potentielle peut tout aussi bien devenir celui d'une *non-rencontre*, d'une coïncidence escamotée. Il semble que les éléments à l'origine de cette *non rencontre*, soient strictement les mêmes que ceux qui déterminent l'avènement de la rencontre. En effet le temps du soin est la concomitance de la présence des corps et des esprits.

A l'intersection des rencontres

Nous évoquons *la* rencontre pour constater presque aussi vite notre méprise. Car il ne s'agit pas de *la* rencontre mais *des* rencontres. La rencontre (entre deux êtres) est certes toujours singulière, pour autant ses modalités sont multiples.

La rencontre peut se décliner de bien des manières, elle peut être physique ou spirituelle, elle peut être réelle ou imaginaire, elle peut être réussie ou ratée. Nous étudions la rencontre qui place face à face deux corps (celui de l'enfant malade, face à celui du soignant). Une rencontre qui place, rappelons-le, un « petit » corps face au « grand » corps de l'adulte. Une rencontre toujours singulière mais qui a de surcroît la particularité de mettre en présence un enfant et un adulte. Et quoi que nous affirmions la légitimité de la parole de l'enfant et plus encore de son *logos* bien que celui se manifeste sous une forme différente de celui de l'adulte, force est de reconnaître que la rencontre d'un enfant et d'un soignant n'est pas exactement du même type que celle de l'adulte. En effet la rencontre de l'enfant nous place face à sa fragilité ontologique et nous oblige, d'une manière plus importante encore, que lorsqu'il s'agit de rencontrer l'altérité d'un autre adulte que soi. La rencontre de l'enfant tient d'un appel muet à la responsabilité. Alors il s'agit de souligner le fait que la rencontre des regards, engage une rencontre intersubjective au cœur de laquelle s'entrechoque une quantité de dimensions. C'est ainsi que nous cherchons en quelque sorte à dévoiler la *méta*-rencontre, celle qui a lieu au-delà de ce qui se voit.

Il est possible de soigner le corps malade sans rencontrer l'enfant, possible d'éviter de rencontrer son regard, possible d'échapper à la rencontre de l'autre, possible que l'autre nous échappe, possible de ne pas se rencontrer soi-même non plus. Ne dit-on pas que l'enfant, dans les moments où il est débordé de détresse, de peur ou de colère, qu'« il est hors de lui » ?

Tout se passe alors comme si l'enfant ne se rencontrait plus, ne coïncidait même plus en quelque sorte avec lui-même, tant la détresse qui s'empare de lui semble le chasser de lui-même. Alors comment espérer à cet instant pouvoir le rencontrer, lui qui n'est même plus vraiment là.

Le postulat de la rencontre suggère son antinomie : la séparation. L'observation des rencontres nous contraint à repérer les nombreuses déclinaisons de la rencontre avant d'en arriver à son extrême opposé : la séparation. Entre rencontre et séparation il existe donc une large palette qui se décline de la confrontation, au rapprochement en passant par la coïncidence jusqu'au rendez-vous. Mais la rencontre qui nous occupe, celle de l'enfant et du soignant dans le soin s'inscrit dans une préméditation.

En aucun cas la rencontre n'est fortuite, elle est nécessaire et voulue au moins par le représentant de l'enfant qui veille à sa santé et qui le conduit à la rencontre de ceux qui pourront lui prodiguer des soins. Un rendez-vous arrangé en quelque sorte... Le temps de la rencontre de l'enfant et des professionnels ne s'inscrit déjà plus dans le spontané du hasard. Il s'agit d'une rencontre qui se fait sous l'égide d'une obligation, guidée par un devoir de soigner pour les uns, par la nécessité d'être soigné pour les autres.

N'oublions donc pas qu'il ne s'agit pas de n'importe quelle rencontre. Car elle n'implique pas n'importe quel corps ni de n'importe quel esprit. C'est le corps fragile de l'enfant malade qui se présente, une fragilité d'autant plus incarnée qu'elle menace de faillir, qui oblige l'autre, contraignant le soignant à l'action de soin. Un passage à l'acte obligatoire au regard des enjeux, qui détermine la manière de penser du soignant, qui lui formate l'esprit.

Une situation qui conditionne l'enfant dans un registre du pàtir autant qu'elle convoque celui de l'agir du professionnel. Mais ne faut-il pas envisager les intersections de ces registres ? Ne faut-il pas imaginer les jonctions entre le pàtir de l'enfant et l'agir du soignant ? L'enfant n'est-il pas d'une certaine mesure agissant lorsqu'il s'agit tel un *forcené* qui cherche à s'échapper ? Arrêtons-nous un instant sur le terme *forcéné*.

Nous distinguons un peu plus tôt dans notre étude, la panique de l'enfant de sa détresse et nous disons désormais ici qu'il est *forcéné*. Le terme de « détresse » semblait particulièrement bien correspondre à la situation de l'enfant contenu de force. En effet rappelons ce que nous disions un peu plus tôt que la détresse (*districtia* en latin) signifie à l'origine l'étrouitesse et qui se révèle par l'angoisse elle-même constrictive, nous semblait tout adaptée au sort de l'enfant étroitement contenu pour le soin. Tandis qu'il semblait que la panique au sens propre du terme, que nous suggérions initialement était relativement contestable compte tenu de la solitude dans laquelle la peur de l'enfant semblait s'exprimer. Par ailleurs nous retenions le regard implorant de l'enfant comme un appel, une demande muette adressée au soignant. Alors n'est-il pas étrange de parler ici d'un enfant *forcéné* ? Un enfant peut-il être à la fois en détresse et *forcéné* ?

Mais nous disions aussi voilà encore quelques lignes, comme l'enfant pouvait être hors de lui, comme la détresse pouvait le chasser temporairement de lui-même. Or en ancien français *forsener*, signifie « être hors de sens », de *fors*, hors de, et *sen*, sans raison, (du francique *sin*).⁸² Le forcené ne se raisonne plus et peut aussi voir ses forces décuplées, accrues par la passion, les émotions, la peur... L'enfant contenu de force s'obstinant à échapper à l'étroit maintien qu'on cherche à lui imposer, confiné à la détresse, verrait donc sa force augmenter en synergie avec celle du soignant qui tente de le retenir, basculant tous deux, dans un crescendo incontrôlable.

Le soignant qui se retrouve face à l'enfant agité, *quasi* « forcené », n'est-il pas ainsi impuissant face à celui qui refuse le soin, alors qu'il est de son devoir de le soigner? Ne faut-il pas considérer qu'à son tour le soignant pâtit de la situation? Tour à tour agissant et pâtissant, l'enfant et le soignant se rassemblent dans ce que nous appellerons une *ronde chaotique*.

Rencontre d'un soi et d'un autre, en même temps rassemblés et séparés. Le théâtre d'un corps à corps où regards et esprits se télescopent. Un lieu d'où surgit à la fois, ce qui sépare et ce qui rassemble : les soignants et l'enfant, le soi et l'autre et aussi soi-même.

Considérons l'hypothèse de l'apparition de cet espace (cet *entre-deux*) comme une occasion de reconnaître un *autre* que soi mais aussi un *même* que soi alors nous pouvons postuler sur le fait que cet espace joue un rôle de médiation à dans le monde *extérieur* à soi et aussi au sein de son propre monde, à *l'intérieur* de soi. Or si l'on reconnaît l'émergence d'un espace intérieur, au sein duquel se joue des remaniements subjectifs alors on peut admettre la labilité des comportements qui découlent de l'événement du soin. On admet les fluctuations des réactions qui se répercutent du monde du dedans (intérieurité) vers le monde du dehors (extériorité) et vice versa. Il faut donc considérer l'infinité des variations qui peuvent se jouer à ce moment du soin.

⁸² « Définitions : forcené, forcenée - Dictionnaire de français Larousse », [s. d.], <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forcen%C3%A9_forcen%C3%A9e/34560>, consulté le, 3 septembre 2015.

Tenir compte des changements qui témoignent des différences entre l'enfant et l'adulte, des différences qui engagent des changements au sein des mondes intérieurs de chacun, des contraintes qui transforment l'espace commun de la rencontre. Ce développement à partir d'un espace qui rassemble et qui sépare à l'intérieur duquel s'exerce quantité de fluctuations, nous amène à reprendre notre examen du phénomène de la contention sous l'angle de l'espace.

Au carrefour des espaces

Nous évoquions précédemment l'espace comme lieu de rencontre métaphysique entre l'enfant et l'adulte qui le soigne, théâtre de tensions, de rassemblement, de communion et parfois de séparation. Nous disions nécessairement l'espace intérieur de chacun, qui se modifie selon les éléments saisis dans l'espace extérieur. Il nous faut également évoquer l'espace concret du soin comme le lieu physique où se déroule l'action et scène de l'expérience empirique: l'espace de la chambre ou de la salle de soin. La pluralité des dimensions de la notion d'espace évoque à elle seule l'immensité du champ conceptuel de celle-ci et il nous faut d'emblée prévenir que notre propos n'est pas d'approfondir ici ce vaste domaine mais d'en saisir les éléments qui se prêtent à la compréhension de notre problématique. Observer les différences de perceptions qu'ont les protagonistes de l'espace au sein duquel le soin a vocation de les rassembler est ce qui semble faire sens, ici.

L'hôpital, la chambre ou la pièce où se déroule le soin sont des lieux d'exercice d'un métier pour le soignant, et des endroits le plus souvent inconnus parfois malheureusement familiers mais jamais ordinaires pour l'enfant. Lieux rassurants pour les professionnels qui y trouvent matériels, équipements et logistiques requis à la mise en œuvre de leurs missions. Lieux médicalisés, bruyants, aux décors inquiétants, où les adultes habillés de blouses s'affairent, autant de sources d'angoisse et de détresse pour le petit malade qui est projeté dans l'univers hospitalier.

Un monde finalement assez *in-hospitalier* pour l'enfant. Un monde technique et rationnel, tellement éloigné de celui de l'enfant qu'il ne semble pas être en mesure d'accueillir l'univers imaginaire, naïf et ludique de l'enfant.

C'est avec ces premiers écarts, au sein d'un même espace physique que commence la dispersion des différences qui séparent l'enfant soigné de ceux qui le soignent. Observer l'asymétrie des perceptions vis-à-vis des lieux nous prédit quelque chose de la suite des événements.

Ajoutons que la conception de l'espace ne se sépare jamais de celle du temps. Pour concevoir la notion d'*ici*, ou de *là-bas*, il faut nécessairement penser le *maintenant* et le *plus tard*. Le temps et l'espace sont des dimensions indissociables pour penser n'importe quelle réalité physique. Nous avons retenu un peu plus tôt le postulat kantien selon lequel le temps et l'espace en leur qualité d'intuitions pures⁸³, conditions *a priori* d'apparition des phénomènes constituant la matière de l'expérience interne, sont données à tout un chacun. L'enfant dispose donc *a priori* au même titre que l'adulte, d'*intuitions pures* qui lui permettent à sa mesure de forger les objets comme phénomènes.

Mais bien que la notion de temps existe empiriquement pour l'enfant, cela ne signifie pas que sa conception de la temporalité soit identique à celle de l'adulte. Il est difficile pour l'enfant de se repérer dans le temps et les événements sont principalement saisis dans leur instantanéité jusqu'à ce que l'enfant en grandissant devienne capable d'appréhender la notion de durée.

Or si les choses s'inscrivent dans l'instant et que l'idée de la durée n'est pas acquise alors l'événement s'inscrit dans une sorte de permanence suspensive. En effet pour l'enfant la notion de temps est différente⁸⁴. Plus précisément la perception du temps continue n'est acquise qu'à partir de l'âge de six ans « Ainsi, pour les jeunes enfants, le temps n'est pas continu, commun à différentes actions, mais il est une entité éclatée, un temps propre à chaque événement et à chaque action dont ils font l'expérience. »⁸⁵

⁸³ Kant, *Critique de la raison pure*, Logique transcendantale, Analytique transcendantale, *Livre I, ch 2*.

⁸⁴ 4. Vers trois-quatre ans, les enfants savent associer des moments de la journée avec des activités (a). Au même âge, les enfants peuvent apprendre les différents découpages conventionnels du temps. Ils n'ont pas pour autant une bonne connaissance du temps conventionnel (b). Vers huit ans, ils savent associer des activités à des périodes longues, tel l'été et les vacances (c). Mais ce n'est que vers dix, onze ans qu'ils sauront évaluer rapidement la durée qui les sépare d'un événement se produisant dans plusieurs mois (d). Droit-Volet Sylvie. « Le long apprentissage du temps ».

⁸⁵ Droit-Volet, Sylvie, « Le long apprentissage du temps », *Pour la science*, vol. 328, 2005, pp. 50–55.

L'enfant vit le soin dans le présent. Il vit les événements dans une sorte de permanence tandis que les adultes ont conscience de la durée. Les soignants appréhendent l'événement comme borné par le temps, il y a un *avant* et il y aura un *après*. Qu'est-ce que cet écart de perception du temps implique concrètement au moment de l'usage de la contention forte de l'enfant au cours du soin ?

Il semble qu'il y ait comme une rupture de la continuité du temps pendant le moment de la contention. Certes l'enfant, en fonction de son âge et de son développement cognitif, a tendance à percevoir le temps de manière discontinue donc fragmentée mais le soignant quant à lui paraît être, lui aussi, à sa manière, en décalage vis-à-vis du temps du soin. Ce qu'Heidegger appellerait : *pré-occupé*. Il semble déjà être en avant du temps présent, dans une anticipation. Peut-être, pense-t-il déjà aux conséquences potentielles de la non-exécution du soin ? Il se projette dans l'avenir de l'enfant qui pourrait être compromis en l'absence de soins adéquats.

Alors ni l'enfant ni l'adulte ne s'inscrivent réellement dans la durée, l'enfant est comme « coincé » dans le présent du soin pendant que le soignant semble déjà aspiré dans un temps futur. Ils sont rassemblés dans un espace-temps décalé du temps réel. L'enfant et soignants semblent à nouveau rassemblés dans ce qui les séparent.

Notons que c'est au cœur de ce rassemblement, que se joue le corps à corps qu'impose la réalisation du soin. Le soignant s'avance pour soigner l'enfant. Il cherche à s'approcher pour rejoindre l'enfant, il lui faut réduire l'espace qui les sépare. L'enfant prend peur, se raidit, se cabre, s'agite. L'enfant cherche au contraire à mettre à distance, à s'éloigner, à mettre de l'espace entre ce qu'il considère comme un danger et lui.

Le geste médical qui s'avance a perdu son assurance, déstabilisé par cette mise en mouvement de l'enfant. Une mise en mouvement physique de l'enfant qui reflète sans doute l'animation psychique qui se met en branle au même instant. La contagion du mouvement est inéluctable et déjà le soignant s'anime : paroles rassurantes simultanément accompagnées par des mains qui retiennent déjà le mouvement désordonné. L'agitation, le retrait et le refus de l'enfant inaugurent la contention.

Alors s'improvise ce que nous appelions plus haut une ronde chaotique. Les bras s'entrecroisent, des mains saisissent et retiennent, d'autres (plus petites) repoussent, l'ensemble pourrait presque donner une impression de magma de corps en mouvement.

Jusqu'à là nous parlions d'espace et de distinction, rassemblés dans un espace à la fois réel (la chambre) et conceptuel (un *entre-deux des différences*) et à l'instant où se présente le phénomène de la contention, un élément nouveau apparaît. Il semble qu'au moment de la contention, la notion d'espace se soit modifiée. En premier lieu c'est l'espace physique qui sépare l'enfant du soignant qui s'est transformé. L'écart se réduit car le soin exige de la proximité, du contact. La distance du regard tient en retrait là où le contact exige un rapprochement. Or le regard du soignant s'échappe au moment où la main s'approche.

2. Du danger de l'espace qui sépare

L'enfant refuse le contact, exige de la distance au moment où le soin réclame de la proximité. Le soignant pour faire son soin est sommé de récuser le refus de contact de l'enfant. Face au rejet de l'enfant, le soignant, pour passer à l'acte (de soin), est contraint de contraindre. Il s'oppose donc aux tentatives de prise d'espace. Dans les faits, pour contenir un enfant il faut être proche de lui, presque collé, et pour accompagner le mouvement désordonné, le retenir, ne faire plus qu'un. L'espace qui sépare disparaît, il ne reste qu'un rassemblement dans le faire, dans le contenir. Les contours des différences s'effacent pour faire corps. Le segment entre l'autre et soi s'estompe.

Le couple *Je-Tu*, bascule tacitement. Le *Tu*, est destitué au profit du *Je-Cela*. Pour Martin Buber « Le monde en tant qu'expérience relève du mot fondamental *Je-Cela*. Le mot fondamental *Je-Tu* fonde le monde de la relation. »⁸⁶ Le monde de la relation semble écarté le temps où le *Cela* : la technique, le soin, occupe l'espace et accapare le « *Je* » du soignant.

⁸⁶ *Je et Tu - Martin Buber*, Aubier, 1992, p.21. (

L'espace intermédiaire du couple *Je-Tu* se comble par le *Cela* de la technique, expulsant temporairement le *Tu*. Mais prenons au sérieux la thèse d'A.-L Boch⁸⁷, selon laquelle l'acte médical exige une mise en parenthèses du « Je-Tu » qui murmure à sa façon la mise à l'écart du « Je » du soignant au même titre que le « Je-Tu ».

Du corps à corps qui rassemble

C'est comme si l'espace entre soi et l'autre était comblé par le soin, par la dimension de la technique. Au sein de ce nouvel espace rempli dorénavant par le geste médical, réunis dans la contention, l'enfant et le soignant sont devenus comme indistincts, rassemblés dans le faire de la technique. Le soignant lui-même est commis. « Ainsi la technique moderne, en tant que dévoilement qui commet, n'est-elle pas un acte purement humain »⁸⁸.

La contention a pour effet de fusionner l'enfant et le soignant dans une même dynamique, dans un même mouvement. La différenciation est impossible car les deux font parties d'un tout. Mais si l'espace physique disparaît entre l'enfant et le soignant il est possible d'imaginer comme de manière concomitante, l'espace psychique est lui aussi réduit. Un espace *en soi*, un espace pour penser, mis à l'épreuve par l'injonction du rapprochement, le refus de la distance à l'autre.

Comment imaginer que ce processus puisse se produire sans impacter l'espace psychique intérieur où l'autre est accueilli ? Il y a nécessairement une incidence sur l'espace d'altérité disponible à ce moment du soin, dans l'esprit du soignant. L'exigence du soin fait en quelque sorte, disparaître dans un même espace fusionnel, la subjectivité de l'enfant et celle du soignant.

Nous faisons l'hypothèse que le soignant est en quelque sorte poussé par sa passion pour le soin qui le conduit à se mettre « corps et âme » au service de la technique.

⁸⁷ Boch, *Médecine technique, médecine tragique* *Le tragique, sens et destin de la médecine moderne*.

⁸⁸ Heidegger, *Essais et Conférences*, traduction de Préau, p.25-26.

Une passion bien souvent caractérisée par une forme de rassemblement fusionnel qui expliquerait en partie ce qui se produit au paroxysme de la proximité dans le soin, au moment de la contention. Cela nous conduit à oser un rapprochement entre passion amoureuse et la passion qui anime d'une certaine manière celui qui soigne.

Intermède à propos d'espace et de passions

Toute chose étant égale par ailleurs, il y a comme une sorte d'analogie entre ce qui est décrit ici et la passion amoureuse. La passion qui pourrait se définir par une altération du jugement, une réduction du monde à un seul objet, ou une focalisation du désir. Nous parlons de *passion* car il semble que cette analogie se prêterait moins bien à la comparaison s'il s'agissait d'amour *raisonné*.⁸⁹ Si nous soulignons une éventuelle ressemblance c'est qu'il nous semble que dans de telles circonstances : lorsque l'esprit de deux êtres est emporté par la passion amoureuse, il se produit également une disparition de l'individu, au profit du couple formé par les amoureux. L'individualité se dissout dans la communauté du couple.

Une nuance de taille est cependant à souligner ici. Elle réside dans le fait que la passion amoureuse est (le plus souvent et quand ça n'est pas le cas il s'agit alors plutôt d'une obsession amoureuse) partagée entre les deux protagonistes alors qu'en ce qui concerne l'enfant et le soignant on repère une asymétrie des passions.

La passion qui guide le soignant pour faire le soin et qui le pousse à utiliser la contention diffère de celle de l'enfant qui est mue par un élan passionné pour se libérer de l'emprise et pour échapper aux dangers. Il semble que la description cartésienne corresponde exactement à ce qui peut se produire pour l'enfant.

⁸⁹ Si tant est qu'un amour puisse l'être, mais nous ne trouvons pas d'autre formule car nous refusons de qualifier l'amour de dé-passionné. En effet un amour qui n'est pas passionné ne peut se réduire à être la négation de la passion, ici comme en toute chose les nuances sont primordiales, mais ne nous égarons pas et revenons aux similitudes possibles entre la passion amoureuse et le temps de la contention.

« Car l'âme n'est immédiatement avertie des choses qui nuisent au corps que par le sentiment qu'elle a de la douleur, lequel produit en elle premièrement la passion de la tristesse, puis ensuite la haine de ce qui cause cette douleur, et en troisième lieu le désir de s'en délivrer. »⁹⁰

Descartes distingue six passions primitives : la joie, la haine, l'amour, le désir, l'admiration et la tristesse. Concernant ce qui se produit lors de la contention, si l'enfant est quant à lui absorbé successivement par la passion de la tristesse puis de la haine, il est peut être possible de faire ici le lien entre la sublimation qui transcende l'agressivité nécessaire au passage à l'acte professionnel et les passions cartésiennes correspondants au désir et à la joie.

Si Descartes accorde de l'intérêt aux passions de l'Âme c'est qu'il constate qu'au-delà de la distinction (dualité) corps-esprit, quelque chose les rassemble cependant. Les passions de l'Âme semblent répondre au mystère de l'union du corps et de l'esprit. Les passions jouent d'une certaine façon le rôle de trait d'union entre l'un et l'autre.

L'espace intérieur (*l'entre-deux*) est aussi le lieu de la rencontre d'autrui. L'espace qui me rassemble avec l'autre est aussi le lieu qui célèbre ma différence d'avec lui. Ma différence est aussi la sienne, ce qui inaugure l'altérité. L'espace qui me sépare de l'autre participe à sa re-présentation dans mon esprit. A la manière d'un radar, des ondes perceptives partent d'un espace de subjectivités pour se refléter sur l'autre avant de faire retour.

Mais si l'espace psychique en moi et entre moi et l'autre est réduit à sa plus simple expression alors je deviens incapable d'émettre le moindre signal ni même de saisir les signaux émis par l'autre. Alors l'intersubjectivité est comme désactivée le temps de la contention.

⁹⁰ Descartes, René, *Les passions de l'âme*, [1649], Paris, Le Livre de Poche, 1990, p.128.

3. De l'intersubjectivité à l'empathie

Nos réflexions à propos du corps à corps qui s'orchestre au moment de la contention lors du soin, nous ramènent invariablement à la notion *d'entre-deux*. Que se passe-t-il *entre* les uns et les autres, que se passe-t-il *entre* eux ?

Il s'agit bien de comprendre ce qui se joue à l'intersection de cette rencontre. Questionner cette conjonction, nous a conduits à relever l'importance de la notion d'espace. Qu'il s'agisse de l'espace qui rassemble ou qui sépare l'enfant et les soignants, qu'il s'agisse d'espace psychique, ou physique, qu'il s'agisse d'un espace temporel ou spatial, à chacune de nos avancées, nous percevons un rassemblement des différences, nous observons des séparations qui rassemblent.

Ces notions d'écart et de rapprochement, à la fois de ce qui est *même* et de ce qui est *distinct*, conduisent naturellement à évoquer la notion d'intersubjectivité. En effet, l'inter-subjectivité : ce qui est *entre les subjectivités*, (entre les différences des sujets), semble être à la source du phénomène qui nous préoccupe.

Il faut observer maintenant de quelle manière l'*entre-deux* des sujets s'exprime usuellement pour approcher ensuite le moment où l'exercice intersubjectif semble faire défaut comme cela pourrait être le cas dans la situation de la contention lors des soins.

Nous parlions un peu plus tôt de l'espace intérieur potentiellement saturé par les passions mais voyons en premier lieu ce qui se produit lorsque ça n'est pas le cas, lorsque l'intersubjectivité s'exerce de manière ordinaire. Il semble qu'il y ait dans l'intersubjectivité comme des allers-retours d'une subjectivité à une autre, qui font écho dans un monde commun. Les différentes subjectivités partagent ainsi un même monde et chaque subjectivité s'exprime par conséquent au-delà d'un univers *ego-centré* ou solipsiste. Il existe donc une communauté des subjectivités, un rassemblement dans un même monde.

De la conception husserlienne de l'intersubjectivité

L'intersubjectivité désigne alors des sujets qui communiquent entre eux et qui sont présents à la conscience de chacun. Nous rejoignons ici la proposition husserlienne de l'existence d'un *ego* qui cohabite avec d'autres *ego* dans un monde commun. Nous abordons grâce à la conception d'intersubjectivité chez Husserl la notion de communication qui était restée jusqu'alors implicite. Une évidence que nous avons passée sous silence jusqu'à présent. En effet si nous admettons un rassemblement dans un même espace entre des sujets différents, il nous faut admettre qu'il existe des liaisons qui permettent de les fédérer en communauté autour d'un *soi*.

« Admettre que c'est en moi que les autres se constituent en tant qu'autres est le seul moyen de comprendre qu'ils puissent avoir pour moi le sens et la valeur d'existences et d'existences déterminées. S'ils acquièrent ce sens et cette valeur aux sources d'une vérification constante, ils *existent*, et *il faut* que je l'affirme, mais seulement avec le sens avec lequel ils sont constitués : ce sont des monades qui existent aussi en communauté, par conséquent (je répète en accentuant, l'expression employée plus haut) en liaison avec moi, *ego* concret monade. »⁹¹

La constitution de l'autre en tant qu'autre est nécessairement *endogène*, ou peut-être devrions nous dire *ego-gène*, c'est-à-dire qu'elle se forge à l'intérieur de son propre *ego*. Ce qui vient de l'autre est aussi ce qui permet de se constituer soi-même. L'*ego* apparaît en quelque sorte par la grâce de l'*alter ego*. La vérification constante dont nous parle Husserl évoque des allers-retours nécessaires entre soi et l'autre. Imaginons que nous appliquions par abstraction ce principe, aux sujets concernés par le phénomène de la contention. Cet exercice d'abstraction de la notion husserlienne de l'intersubjectivité tend à éclairer plus précisément notre problématique mais nous n'ignorons pas que la description de l'expérience d'intersubjectivité par Husserl doit s'entendre dans son acception conceptuelle.

⁹¹ Husserl, Edmund, *Méditations cartésiennes*, [1929], trad. Levinas [1931], Paris, Librairie Philosophique Vrin, 2000, p.208.

Admettons que c'est à l'intérieur même de l'enfant que se constitue l'existence des autres (ceux qui l'entourent dans le soin en l'occurrence, les soignants), c'est en lui-même qu'il affirme celle-ci et cette affirmation donne corps aux autres en tant qu'autres que soi.

Les autres sont les autres *de* l'enfant et on peut dire par la même occasion que l'enfant est l'autre *du* soignant. C'est parce que l'enfant a conscience de lui-même, en tant qu'être (menacé ou en détresse à cet instant du soin) qu'il peut avoir conscience de l'autre.

Ce constat s'applique tout autant à l'adulte qui forge en lui-même l'existence déterminée de l'enfant avec lequel il est en liaison ici et maintenant, au moment où on cherche à le soigner. Ils font tous deux parties *du* monde dans lequel leur existence est affirmée réciproquement, l'un par l'autre. C'est à la fois ce qui les distingue, car chacun constitue l'autre à partir de ce qu'il est, c'est-à-dire à partir de sa propre subjectivité, et ce qui les rassemble. En effet ils existent les uns pour les autres dans un même espace d'affirmation de l'existence de l'autre. Pourtant bien que ce phénomène s'exprime entre les sujets, bien que l'intersubjectivité soit effective, il nous faut néanmoins interroger plus précisément le mode de liaison qui relie l'enfant malade et l'adulte qui soigne car l'altérité de celle-ci ne semble pas forcément aller de soi. En effet, l'exercice de la réciprocité des liaisons entre les adultes et l'enfant est un point qui peut influencer l'expression de l'intersubjectivité.

Certes ces liaisons existent et s'expriment dans des échanges bilatéraux entre les uns et les autres, néanmoins il faut noter l'asymétrie des constructions de l'*ego* entre adulte et enfant. Peut-on dire que l'adulte constitue son *ego* au contact de l'enfant au même titre que l'enfant constitue le sien lorsqu'il est en liaison avec l'adulte ? Il nous faut peut-être reconnaître l'importance du degré de maturité de l'*ego* dans la structure intra subjective. Il y a probablement une différence entre l'enfant qui construit sa personnalité (donc sa subjectivité) et la subjectivité de l'adulte qui a atteint une forme de maturité.

Mais si l'on considère la maturité de l'*ego* de l'adulte comme un élément qui participe au monde de l'enfant, on peut imaginer que l'influence de la subjectivité des adultes dépasse dans les faits celle de l'enfant.

Ce constat peut conduire à observer une forme de subordination de certaines subjectivités sur d'autres. Sans remettre en question l'exercice de l'intersubjectivité cela peut cependant en modifier les effets. Si l'*ego* de l'adulte s'affirme au dépend de celle de l'enfant dans l'exercice intersubjectif, il a sans doute tendance à transformer la manière dont l'enfant fait partie *du* monde, un monde qui le constitue et qu'il partage avec l'adulte.

Certes l'inverse peut s'avérer exact aussi et il est probable que le monde de l'enfant influence à son tour celui de l'adulte. Mais dans les circonstances des soins, dans les moments où l'autorité médicale s'ajoute à celle de l'adulte, et s'exprime, il s'agit de ne pas faire preuve de naïveté quant à l'équilibre des échanges intersubjectifs.

Les signaux intersubjectifs de l'enfant, c'est-à-dire ses tentatives de liaisons avec l'adulte, trouvent vraisemblablement peu d'écho dans le monde des adultes. Il faut bien admettre que le monde de l'enfant semble bien loin de l'univers médical, et qu'on peut presque se demander comment la pluralité des monades (pour reprendre le vocabulaire husserlien) peut *commercer*, ou être en communication. Peut-on imaginer alors que « [...] plusieurs multiplicités de monades coexistent *séparées les unes des autres*, c'est-à-dire *sans communiquer entre elles* et que par conséquent, chacune d'entre elles constitue un *monde propre* ? »⁹²

Dans le moment des soins peut-on imaginer qu'il existe deux entités séparées, l'enfant d'un côté et les soignants de l'autre ? Deux entités qui auraient chacune un monde propre, qui coexisteraient sans communiquer. Lorsqu'on regarde la scène des soins où les soignants exercent de la contention, où les adultes regardent une partie du corps de l'enfant sans pour autant *le voir*, où l'enfant semble quant à lui isolé dans sa détresse, on peut légitimement se demander si l'on n'a pas à faire à deux entités distinctes mais aussi à deux mondes séparés. « Puis je m'imaginer qu'il existe deux mondes séparés à l'infini avec deux espaces et deux espaces temps infinis ? »⁹³

⁹² Husserl, Edmund, *Méditations cartésiennes*.p.225.

⁹³ *Ibid*, p.225.

De la distinction des ambiances dans un monde commun

Pour Husserl cette proposition est un non-sens. Cependant il reconnaît aux « groupes de monades, en qualité d'unité intersubjective la possibilité de se passer de tout commerce *actuel* avec les autres, a, *a priori*, son monde à lui, qui peut avoir, pour chacun, un aspect différent. Mais ces deux mondes, ne sont alors que des *ambiances* de ces unités intersubjectives et que les aspects d'un monde objectif unique qui leur est commun. »⁹⁴

Quoi qu'il en soit nous vivons dans un seul et même monde au sein duquel nous sommes *réellement* réunis car les personnes qui soignent et celui qui est soigné ne sont pas *les unités intersubjectives qui seraient suspendues en l'air*.

Et quoi que celles-ci nous apparaissent sous un aspect très différent, quoi qu'il ne semble n'y avoir aucun *commerce* entre les différentes unités intersubjectives à ce moment-là, (et à cela il pourrait nous être objecté que toucher l'enfant, le maintenir, lui introduire une sonde dans le nez est un type de commerce), il n'en est pas moins qu'elles appartiennent à une communauté universelle unique qui les englobe. Il s'agit donc de ne pas faussement conclure à l'existence de mondes clivés et distincts mais d'observer une différence d'*ambiance* de ces unités intersubjectives.

Ce point nous apparaît primordial car si la différence *d'ambiance* n'est pas une différence de monde alors on peut imaginer des modes de liaison très différents, on peut imaginer des changements voire des ruptures de *commerce*, mais ils n'en demeurent pas moins rassemblés dans « un seul monde objectif, un seul et unique temps objectif, un seul espace objectif, une seule Nature. »⁹⁵

Le ralliement au sein d'une communauté est essentiel car il permet alors d'observer les variations, les différences, les particularités qui s'expriment au travers des échanges *actuels* (ou pas) entre les êtres humains sans invalider le caractère essentiel de l'intersubjectivité.

⁹⁴ *Ibid.*, p.225.

⁹⁵ *Ibid.*, p.225.

Cette notion d'*ambiance* semble à rapprocher de l'idée d'un entre deux qui rassemble les différences, un entre deux qui serait un monde commun où des ambiances différentes s'expriment. Un espace qui laisse s'exercer les liaisons entre les différences.

Ce qui dans notre situation apparaît primordial car ce n'est pas parce que les liaisons entre les unités intersubjectives (les êtres humains dont les *ego* se constituent et s'expriment de manière différente et labile selon les circonstances) s'effectuent dans des *ambiances* différentes, qu'il faut en déduire que nous vivons les uns et les autres dans des mondes séparés. Une telle conclusion nous conduirait à une analyse schizophrénique du phénomène de la contention. Or la lecture d'Husserl confirme notre intuition de l'existence d'une communauté au sein de laquelle se rassemble des différences, ce qui rend possible l'observation de fluctuations dans les capacités de recevoir le *vivre du sujet étranger à soi*⁹⁶.

Cette conclusion nous évite de disqualifier le fondement des liens qui unissent les êtres entre eux quelques soient leur capacité de communication, voire même les déficits psycho développementaux, (ou encore le manque de maturité cognitive qui caractérise l'enfant) qui peuvent altérer les relations intersubjectives.

Nous souhaitons appuyer ce propos avec l'exemple de ce qui se produit pour certains enfants (ou adultes) qui souffrent d'autisme, exemple qui nous semble illustrer par défaut ce qui se joue d'ordinaire dans l'expérience intersubjective.

Nous choisissons volontairement l'éclairage conceptuel de Baron-Cohen du phénomène psychopathologique de l'autisme car ces travaux proposent des éléments de compréhension pourraient éclairer notre propre analyse (bien que nous ayons tout à fait conscience que la différence de contextes limite nos possibilités d'extrapolation.)

⁹⁶ Nous reprenons ici le vocabulaire utilisé par Edith Stein pour évoquer l'empathie car c'est à partir de l'approche conceptuelle de l'empathie de cette philosophe que nous développerons notre propos un peu plus tard dans notre travail.

Démonstration par défaut : l'exemple de l'autisme

Nous disions que la faculté *a priori* d'être en lien entre sujets par définition différents les uns des autres, ne doit cependant pas nous amener à conclure à l'existence « [...] de mondes séparés à l'infini, avec deux espaces et deux espaces temps infinis. »⁹⁷ La manière d'être en liaison avec l'autre, ainsi que ses conséquences, varie et peut même parfois être altérée, transitoirement voire plus intégralement, par exemple, dans certaine pathologie qui affecte la relation à l'autre comme c'est le cas dans l'autisme.

Il existe d'ailleurs un modèle de compréhension de la psychopathologie développementale de l'autisme⁹⁸ qui suggère qu'un déficit des mécanismes intervenants dans la « lecture mentale »⁹⁹ participe à cette atteinte. La lecture mentale est un modèle neuropsychologique exploité pour comprendre les relations entre les personnes. Il s'agit là en définitive d'un modèle psycho-cognitif qui propose une explication du secret de l'intersubjectivité, secret que les philosophes tentent de percer de longue date, sous un angle tout autre. Néanmoins ce modèle présente l'intérêt pour nous de repérer différents mécanismes et objective certaines constations empiriques.

Les auteurs de ces études font l'hypothèse d'un déficit des mécanismes d'attention conjointe (capacité à vérifier que soi et un autre agent sont attentifs à un même objet) et de compréhension des représentations mentales (prise en compte des états mentaux et des croyances de l'autre) tandis que les mécanismes de détection d'intentionnalité et détection de la direction du regard semblent intacts.

Ces observations conduisent l'auteur à établir ce qu'il nomme une forme de « cécité mentale » chez la personne autiste.

⁹⁷ Husserl, *Méditations cartésiennes*, p.225.

⁹⁸ Baron-Cohen, Simon, *La Cécité mentale : un essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*, Grenoble, France, PUG, 1998.

⁹⁹ Travaux de Baron-Cohen 1994 et 1995. La lecture mentale est un modèle qui décrit quatre mécanismes qui peuvent être considérés comme quatre composants distincts du système humain de lecture mentale. Ces mécanismes reflètent grossièrement quatre propriétés du monde : la volition, la perception, l'attention partagée et les états épistémiques.

Selon Simon Baron-Cohen, la cécité mentale caractérise l'impossibilité de voir, c'est-à-dire de se représenter les objets mentaux. La personne est *aveugle* face aux objets mentaux, c'est-à-dire qu'elle n'est pas en capacité d'imaginer les pensées, les croyances qui animent l'autre. Les personnes atteintes d'autisme présentent d'ailleurs un déficit d'empathie émotionnelle et ont beaucoup de difficultés à se mettre à la place de l'autre, à imaginer ce que l'autre ressent.

C'est comme si certaines des *liaisons* dont nous parle Husserl étaient déconnectées alors que d'autres restent actives (telle la capacité à détecter la direction du regard ou celle de détecter une intention). Dans ces circonstances la suggestion de distinction d'*ambiance* entre les unités intersubjectives et une séparation entre deux mondes, est primordiale car elle nous permet de continuer à penser l'intersubjectivité quelques soient les déficits, les manques ou les circonstances car la notion d'*ambiance* signe la possibilité d'une permanence à l'intérieur de laquelle nous pouvons continuer à penser la réalité des relations entre différentes personnes.

Voilà un constat intéressant, s'il s'applique à notre situation de soin où la contention est utilisée. Malgré les circonstances, il existe une forme de permanence des relations entre l'enfant et les soignants. Il faut admettre que bien qu'inscrites dans une permanence, les relations sont néanmoins transformées (une transformation qui engage en quelque sorte des changements d'*éthos* sans en transformer l'*éthos*.)

Quelles que soient les contingences ou les spécificités nous évoluons dans une communauté au sein de laquelle l'intersubjectivité peut potentiellement s'exercer. Ce qui sous-entend naturellement qu'elle peut aussi potentiellement ne pas s'exercer. Ce présupposé conditionne la capacité d'empathie, c'est-à-dire la faculté de *recevoir le vivre d'un sujet étranger*. Mais comme le montre l'exemple de l'autisme, la faculté empathique peut également faire défaut. Or si l'intersubjectivité peut être considérée comme essentielle dans la mesure où elle s'exprime au-delà des différences intersubjectives, qu'en est-il de la faculté d'empathie ?

De quelle manière cette faculté s'exerce-t-elle? Et, pour ce qui nous concerne, l'empathie du soignant est-elle contingente ? Se transforme-t-elle selon les circonstances ? Alors selon quelles contingences l'empathie du soignant se transforme-t-elle ? Ou faut-il considérer que l'empathie se transforme ou est-elle temporairement désactivée, comme mise entre parenthèse ? Et surtout en quoi, l'empathie, éprouvée par le soignant à l'égard de l'enfant en détresse, pourrait transformer son agir ? Comment envisager cette transformation potentielle de l'agir en lien avec l'exercice empathique ? Cette transformation est-elle salutaire ou risquée ? Autant de questions à mettre à l'étude.

Il faut noter que nous n'explorerons pas les nombreux éclairages conceptuels dont fait l'objet la notion d'empathie depuis un peu plus d'un siècle. Il s'agit ici de repérer les éléments principaux utiles à la compréhension du phénomène de la contention.

Nous le ferons d'une part en évoquant le travail d'Edith Stein à propos de l'empathie mais il nous faudra également aborder la conception commune de l'empathie. En effet cette notion s'est popularisée et connaît un large succès dans le monde de la santé ce qui influence la représentation commune de l'exercice des soins.

Mais avant cela voyons de quelle manière Edith Stein envisage l'empathie dans la continuité de la pensée d'Husserl dont elle fut l'élève. Nous optons pour l'éclairage conceptuel de Stein car l'analyse phénoménologique du « problème de l'empathie » nous apporte certaines réponses quant au *commerce réciproque* qui s'établit entre soignant et enfant corrélé aux variations dans la manière dont le vivre des sujets étranger nous est donné.

Chapitre VII : De la question de l'empathie à une cécité empathique transitoire

Nous admettons une permanence d'un espace intersubjectif partagé entre les soignants et l'enfant, en repérant néanmoins des transformations du *commerce réciproque* établi entre eux et par conséquent des changements dans l'aptitude à saisir le vivre de l'autre. Nous constatons que pendant les soins, en particulier lorsqu'ils se passent mal et qu'il faut user de la force pour les réaliser, l'attention que portent les soignants au vécu de l'enfant se modifie. Force est d'admettre *des variations empathiques* en fonction des modifications *d'ambiances*.

(Des variations qu'on pourrait imaginer sur le modèle des variations atmosphériques selon les saisons. De même que les conditions climatiques changent au grès des variations atmosphériques, les conditions de l'exercice empathique se transforment au grès des variations *d'ambiance*, ici contingentes aux circonstances des soins).

1. De la question de l'empathie d'Edith Stein

Edith Stein débute son étude de l'empathie à partir du phénomène concret de l'expérience de la rencontre d'un autre individu psychophysique. L'autre se donne « [...] comme un corps vivant sensible, auquel appartient un moi, un moi qui ressent, pense, sent, veut, et dont le corps vivant n'est pas simplement inséré dans mon monde phénoménal, mais qui est lui-même centre d'orientation d'un tel monde phénoménal, qui se tient en face de celui-ci et qui entre avec moi dans un commerce réciproque [*Wechselverkehr*]. »¹⁰⁰

¹⁰⁰ Stein, Edith, Trad. Dupuis, M. et revue par Lavigne, J-F, *Le problème de l'empathie*, [1^{er} parution 1917], Paris, Cerf, 2013, p.22.

A partir d'un « commerce réciproque » dans la relation de soin

Un *commerce réciproque* s'établit entre l'enfant dont le *corps vivant* s'agite, veut s'échapper, corps vivant sensible auquel est rattaché un *moi* qui pense, qui ressent et le *moi* du professionnel, *corps vivant* qui pense et qui ressent, lui-même inscrit dans un monde phénoménal.

Il y a une sorte de rassemblement des mondes phénoménaux respectifs. Plus précisément quand l'enfant voit le soignant s'approcher, il ne fait pas que l'accueillir dans son propre monde. Il absorbe en quelque sorte, le soignant dans son propre monde phénoménal, (sorte de phagocytage par sa sphère phénoménale du monde phénoménal de l'autre). Mais l'enfant (et avec lui son mode phénoménal), est lui-même sujet d'attraction, c'est-à-dire qu'il attire à lui le monde phénoménal du soignant. (On peut noter que cette analyse, inspirée de Stein, est fidèle à la conception husserlienne de l'intersubjectivité).

La rencontre des mondes phénoménaux des uns et des autres est le véritable berceau du vécu intersubjectif qui résulte de ce *commerce réciproque*. Mais quelle est donc la nature de ce *commerce* entre l'enfant et le soignant ? Tout d'abord, ils sont reliés par le soin. Le premier doit le recevoir et le second doit le donner. Il y a échange de mouvement, échange de contact, échange de paroles peut être aussi échange de regard.

Des échanges qui s'effectuent d'un corps à l'autre, d'un *moi* à l'autre. Il y a le corps de l'enfant, corps à la fois *vivant sensible* et à la fois objet du soin, un corps « matière première » de l'exercice thérapeutique. Et il y a aussi le corps de celui qui soigne, un corps psychophysique, qui pense et qui ressent lui aussi.

Mais ce même corps de soignant est aussi le bras de la technique médicale, un « corps machine » en quelque sorte : la main qui tient la sonde naso-gastrique, les muscles du corps qui se bandent pour immobiliser l'enfant.

L'expérience intersubjective au cœur de laquelle ce commerce (peut être pourrait dire ce corps à corps) s'enclenche à l'instant du soin, fournit déjà l'occasion de découvrir non seulement la réciprocité des mondes phénoménaux mais aussi leur interdépendance.

Les mouvements (corporels et émotionnels) de l'un, engagent ceux de l'autre. Théodore Lipps, en reprenant l'illustration d'Adam Smith, avait déjà relevé qu'en observant un funambule, on ne peut s'empêcher d'imiter ses mouvements.¹⁰¹ L'imitation intérieure d'un mouvement ou d'une émotion perçue chez l'autre, serait une caractéristique de *l'unité* du moi propre et du moi étranger dans l'empathie. L'empathie complète serait selon Lipps, le point de départ à partir duquel, j'ai ensuite la possibilité d'observer la séparation entre les vécus qui viennent de moi et ceux qui appartiennent à l'autre. C'est ainsi que l'*Einfühlung* (qui se traduit comme le *ressenti de l'intérieur*) est ce qui permet de « [...] reconnaître immédiatement (instinctivement) l'autre comme différent de soi et du coup de me reconnaître comme disposant d'un moi distinct de celui d'autrui. »¹⁰²

Mais Edith Stein récuse l'idée l'unité initiale de l'empathie suggérée par Lipps¹⁰³. « Je ne fais pas un avec l'acrobate, mais je suis seulement « auprès de lui », je n'exécute pas de manière effective son mouvement, mais seulement « quasi », [...] et c'est dans ces mouvements non-originaux que je me sens mené, conduit par ses mouvements, dont l'originarité se manifeste dans les miens non originaux, [...] »

La distinction entre le vécu originaire de l'autre et mon vécu non-originaire de celui-ci est ce qui caractérise l'empathie. Si je vivais le mouvement de l'autre sur un mode originaire, alors il ne s'agirait pas d'empathie telle que Stein l'a définie.

C'est parce que je suis *quasi* comme le funambule, parce qu'il y a un espace entre lui et moi que je peux vivre ses mouvements à l'intérieur de moi (non-originaux) sans qu'ils soient vécus par moi réellement (vécu originaire). C'est le *presque* qui inaugure le *comme*. Quand je regarde l'enfant comme je regarde le funambule, je me sens, *comme* cet enfant qui s'agite, je ressens *presque* la tension des muscles qui s'animent pour résister, c'est *quasi* mes propres jambes que je secoue, quand je suis face à cet enfant.

¹⁰¹ Hochmann, Jacques, *Une histoire de l'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.48.

¹⁰² *Ibid*, p.46.

¹⁰³ Stein, Dupuis et Lavigne, *Le problème de l'empathie*, p.39.

D'ailleurs ne suis-je pas capable de deviner qu'il va chercher à se faufiler, ne suis pas capable d'anticiper son coup de pied défensif ou la main qui agrippe ? Le *presque* entre lui et moi est ce qui me permet de voir, d'anticiper, de deviner *comme si j'étais lui*.

Si j'étais lui, si nous ne formerions qu'un, alors la distinction entre le vivre de l'un et de l'autre serait abolie. Admettons qu'effectivement l'unité entre l'enfant et moi comme point de départ de l'empathie soit définitivement récusée.

Ce point est important car nous parlions plus tôt du rassemblement de l'enfant et du soignant au moment du soin (de la contention), du *commerce réciproque* qui s'établit entre eux, du risque de l'abolissement de l'*entre-deux* dans le corps à corps du soin. Nous observions pourtant le maintien d'une communauté intersubjective formée par l'enfant et le soignant malgré le changement d'*ambiance* dans ce rassemblement.

Nous soulignons maintenant avec Stein, l'impossible abolissement de la distinction entre le vivre de l'autre et le vivre propre. Toujours séparés, toujours distincts, les vivres de l'un et de l'autre se rassemblent sans jamais se confondre. Et même lorsque je suis au plus proche du vivre originaire de l'autre, je ne ressens jamais ce vivre que d'une manière non-originaire. Même lorsque « j'ai mal » pour l'enfant en le regardant se contorsionner, même si je sens à l'intérieur de moi la même boule de peur qui me serre l'estomac, que celle qui est peut-être en train de lui serrer le ventre, et bien je ne suis jamais véritablement « dans » l'enfant. Même lorsque les circonstances se prêtent peu à la différenciation, que celle-ci est infime, elle demeure néanmoins effective.

Ce constat réfute notre hypothèse selon laquelle, le processus de la contention de l'enfant pendant le soin engendrait une sorte de fusion ou d'amalgame entre les uns et les autres, empêchant ainsi la différenciation donc la perception du vivre de l'autre.

Mais si l'on considère que le vivre de l'autre ne peut jamais véritablement fusionner avec mon propre vivre, que le *comme* est le garant du *presque*, et que le *presque* garantit à son tour la différence, qui conditionne elle-même un *entre-deux* salutaire au processus empathique.

Alors il nous faut nous résigner à admettre que ce qui se produit entre l'enfant et le soignant pendant la contention, en l'occurrence ce qui se produit pour le soignant (car c'est sur ce point que nous concentrons maintenant notre étude), c'est-à-dire les potentielles perturbations de la perception du vivre de l'enfant, se produisent secondairement à un rassemblement initial du vivre. Un rassemblement, et il nous faut insister sur ce point, qui s'effectue dans une permanence des différences. C'est donc dans un second temps, au cœur des modalités de donation du vivre de l'autre que se produisent les éventuelles interférences susceptibles de suspendre l'empathie.

Les modalités de *donation* (pour reprendre le terme d'Edith Stein : comme m'est donné le monde de l'autre) sont conditionnées par diverses expériences intersubjectives qui dépassent la seule perception de l'autre en tant que corps physique. Car ce n'est pas seulement l'enfant *en chair et en os* qui m'est donné, avec lui. D'autres objets me sont donnés tels que le souvenir, l'attente et l'imagination et dont la teneur est *non originaire* bien que le vécu que j'ai de ceux-ci soit originaire¹⁰⁴. Il existe une sorte de séparation entre le sujet du vécu qui saisit l'empathie (originaire) et le sujet qui accomplit l'empathie (non-originaire).

En effet, il y a une distinction essentielle à faire ici entre « [...] le sujet du vécu saisi par empathie [...] n'est pas le même que celui qui accomplit l'empathie : c'est un autre ; les deux sujets sont séparés ; ils ne sont pas comme tout à l'heure reliés par une conscience de mêmeté [*Selbigheit*], par une continuité de vécu. »¹⁰⁵

Si les sujets qui saisissent l'empathie et qui accomplissent l'empathie sont séparés, il devient possible d'imaginer que l'on puisse saisir le vécu par empathie sans pour autant que l'empathie ne s'accomplisse. Pour paraphraser Edith Stein, je peux considérer que bien que je ne vive pas l'*originarité* de la détresse vécue par l'enfant au moment de la contention, (détresse *originaire*), je me sens tout de même conduit par *un vivre originaire*, qui n'est pas vécu par moi, mais qui est là quand même, se manifestant par mon *vivre non originaire*.¹⁰⁶

¹⁰⁴ « Sont originaires tous les vécus propres présents [*alle eigenen gegenwärtigen Erlebnisse*] en tant que tels, qu'est ce qui pourrait être plus originaire que le vivre lui-même ? » E. Stein, Le problème de l'empathie, p.25.

¹⁰⁵ Stein, Dupuis et Lavigne, *Le problème de l'empathie*, p.31.

¹⁰⁶ *Idem*, p.31.

C'est cette succession d'opération qui conduit à l'empathie telle que l'envisage Edith Stein qui considère que dans « l'expérience de la conscience étrangère, alors seul le vécu non-originaire qui manifeste un vécu originaire est empathie, mais non le vécu originaire, pas plus que le vécu « supposé ». »¹⁰⁷

Voilà pourquoi je suis capable de percevoir un vivre étranger que je n'ai moi-même pas forcément vécu. Je peux percevoir la détresse de l'enfant sans avoir été moi-même confrontée (de manière originaire) à ce même état émotionnel.

Aveuglement face à la douleur de l'autre : une étrange analogie

L'intuition d'Edith Stein dans ce domaine est d'ailleurs désormais validée par les recherches de Nicolas Danziger qui a pu vérifier les facultés d'empathie vis-à-vis de la douleur d'autrui chez des personnes affectées par une insensibilité congénitale à la douleur¹⁰⁸, ce qui fait qu'ils n'ont aucune expérience personnelle de la douleur. Il y a donc effectivement une séparation entre ce qui peut être vécu dans la conscience d'une mêmeté et un accomplissement empathique que se rapporte alors à une opération d'inférence.

Me voilà donc capable de saisir le vivre de l'autre et ce bien que je n'ai jamais eu moi-même à vivre la même émotion, la même douleur, la même détresse. Capable de *saisir* le vivre de l'autre par empathie, je le suis, *pourtant* cela ne signifie pas que cette saisie empathique *s'accomplisse* pour autant.

Les travaux de N. Danziger fournissent l'opportunité d'aborder le constat d'un défaut de perception de la douleur d'autrui (en particulier lorsque celle-ci est majeure), de la part des soignants confrontés à ces patients très douloureux.

« En règle générale, ce n'est donc pas à proprement parler *la perception* de l'expression faciale du patient ou de son comportement douloureux qui pose problème, mais plutôt l'interprétation erronée que l'observateur tire de ces données et que l'habitude aidant, son expérience clinique contribue parfois à aggraver. »¹⁰⁹

¹⁰⁷ *Ibid*, p.36.

¹⁰⁸ Danziger, Nicolas, *Vivre sans la douleur ?*, Paris, Odile Jacob, 2010.

¹⁰⁹ *Ibid*, p.199.

Toute chose étant égale par ailleurs, nous relevons l'analogie entre la sous-estimation de la douleur de l'autre et la minimisation (voire l'occultation complète) de la détresse de l'enfant quand on est amené à le contenir de force.

N. Danzinger souligne d'ailleurs tout particulièrement le déni médical de la douleur dont l'enfant fut longtemps victime¹¹⁰. Les signes caractéristiques de douleur chez le nouveau-né étaient réinterprétés et disqualifiés sous prétexte d'une immaturité neurologique. Il s'agissait d'une rationalisation « pseudo scientifique » (pseudo car elle ne s'appuyait sur aucun élément de preuve scientifique tangible) qui a justifié, par exemple, que l'on réalise jusqu'en mille neuf cent quatre-vingt, certaines interventions chirurgicales cardiaques chez les nouveau-nés en les anesthésiant sans leur administrer l'analgésie complémentaire requise.

L'analogie entre le déni de la douleur de l'enfant dans le monde médical, justifiée par l'immaturité physiologique, avec la disqualification de la détresse de l'enfant sous prétexte d'un manque de maturité cognitif, est à souligner. On se souvient que l'immaturité du *logos* enfantin semble expliquer que l'on disqualifie son refus du soin, et qu'on le contienne de force. En effet l'immaturité de l'enfant semble être souvent à l'origine d'interprétations pour justifier, disqualifications et déni.

On constate alors que les manifestations de douleur ou de détresse de l'enfant sont *perçues* mais interprétées de telle manière qu'elles ne déclenchent pas d'empathie à l'égard de l'enfant. Mais comment expliquer que l'accomplissement de l'empathie, *a priori* ressentie d'ordinaire à *la vue* de l'enfant en détresse, nous fasse faux bond ?

De même que pour Stein, il existe une séparation entre le *sujet du vécu saisi par empathie* et le sujet qui *l'accomplit*, de même la *perception* de l'expression de la douleur se distingue de l'*interprétation* de l'observateur selon Danzinger. La séparation entre l'un et l'autre semble cliver la réponse empathique.

¹¹⁰ *Ibid*, p.206.

De la progression d'un processus sous influence

L'intersection entre la perception et l'interprétation, serait en quelque sorte la zone à partir de laquelle, serait tranché et décidé, l'accomplissement de l'empathie ou pas. L'interprétation de la perception déclenche l'empathie ou alors « l'étouffe dans l'œuf » pour ainsi dire.

L'empathie s'exprime alors comme une déclinaison accidentelle de l'intersubjectivité. Autrement dit, il s'agit de propriétés permanentes soumises à de multiples influences. Mais il s'agit de mieux cerner, ce qui bloque l'accomplissement de l'empathie et pour cela il faut revenir rapidement sur les qualités qui interviennent dans le processus.

Afin de mieux comprendre ces influences, nous choisissons d'aborder succinctement le rapport entre « âme » et « personne » qui disposent l'une et l'autre, selon Edith Stein, des propriétés permanentes nécessaires à la constitution de vécu empathique. « [...], mais les qualités de l'âme se constituent pour la perception interne et pour l'empathie dans la mesure où elles prennent les vécus pour objet tandis que les qualités de la personne se dévoilent dans le vivre originaire ou dans la transposition empathique, même si - comme pour les vécus concernés eux-mêmes - il faut encore une orientation particulière du regard pour transformer l' « avoir-conscience-de » en une saisie. »¹¹¹

Il y a combinaison et interdépendance des qualités nécessaires pour la perception interne (qualités de l'âme), avec les qualités constitutives de la personne à l'origine du vivre originaire, pour constituer le vivre empathique. Mais en ce qui concerne le regard qui inaugure la saisie, ce sont les dispositions accessibles par la perception, c'est à dire les qualités de l'âme, qui en sont à l'origine.

Ces qualités fluctuent et peuvent se modifier sous l'influence des circonstances, ce qui conditionne probablement la possibilité d'orienter le regard (de manière à opérer la saisie du vivre de l'étranger).

¹¹¹ Stein, *Le problème de l'empathie*, p.176.

Si l'on rapproche cette proposition de notre problématique de la contention de l'enfant, alors on peut considérer que mon habitude du geste technique, mon éducation de soignant, et surtout les circonstances du soin où je mets ces qualités en œuvre, influencent ma perception interne. On pourrait ainsi dire que sous l'influence de ces circonstances, mon regard s'orientera d'une manière ou d'une autre. Je peux tout aussi bien *voir* l'enfant et saisir sa détresse, ou regarder le bras ou le nez de cet enfant sans le voir c'est-à-dire sans que « [...] les qualités de l'âme qui se constituent pour la perception interne [...] »¹¹² n'opèrent pour l'empathie.

Voilà un constat qui nous place dans l'embarras. En effet, nous avons un peu plus tôt observé la séparation entre le sujet du vécu saisi par empathie et le sujet qui accomplit l'empathie. Nous insistions sur le fait que les modulations secondaires à la saisie du vécu, donc secondaires à la perception, interféraient dans l'accomplissement de l'empathie et il nous faut maintenant, au vu de ce nouveau développement, également tenir compte d'une modulation aléatoire de la saisie du vécu.

Il faut noter que ce constat qui accompagne notre étude du « problème de l'empathie », rejoint l'observation empirique que nous faisons dès le départ de notre travail, à savoir que la détresse de l'enfant maintenu de force pendant le soin semblait passer inaperçue. C'est-à-dire sans que le soignant ne perçoive l'enfant. La faculté de perception semble s'interrompre, et tout se passe comme si le soignant ne voyait pas (ou plus) ni l'enfant ni sa détresse.

Est-ce que cela fait pour autant du soignant une personne dénuée de sensibilités ? L'inactivation temporaire des qualités requises à la saisie de l'empathie, est-elle un démenti des qualités de la personne ?

Certes les fluctuations des qualités de l'âme, liées aux circonstances interviennent dans le développement des qualités de la personne, mais sans pour autant en modifier la structure. La structure de la personne maintient un *noyau invariable*¹¹³ quelles que soient les circonstances.

¹¹² *Ibid*, p.176.

¹¹³ *Ibid*, p.177.

Là encore, le postulat d'une permanence au-delà des différences, qu'il s'agisse de différences d'atmosphère, de perception, ou de saisie, autorise à penser les fluctuations de l'exercice de l'empathie du soignant envers l'enfant, sans réfuter son existence. Plus encore, la permanence de l'exercice potentiel de l'empathie maintient l'ensemble des qualités humaines convoquées par l'exercice empathique, à savoir si l'on reprend la démonstration de Stein : les propriétés permanentes de l'âme *et* celle de la personne.

Au moment d'aborder plus précisément encore, ce qui se produit lors de l'usage de la contention, où l'exercice de l'empathie à l'égard de l'enfant semble suspendu, il semble primordial d'affirmer la permanence des propriétés de la personne. Certes l'influence des circonstances soumet les modalités de donation ou de saisie à des variations. Certes l'exercice empathique peut ne pas avoir lieu mais cela n'altère pas la permanence du *noyau de la structure de la personne*.

Nous voilà en mesure d'aborder la question de l'exercice empathique du soignant au sein du phénomène de la contention sans ébranler ni les qualités de la personne, ni l'existence d'une communauté d'intersubjectivités. Une forme de permanence au-delà des différences semble se confirmer, au gré de nos réflexions et fait figure de point d'appui précieux.

Notre étude du phénomène de la contention porte sur les contingences et les fluctuations qui par définition échappent au contrôle des différents acteurs de la situation. Qu'il s'agisse d'un défaut de saisie initiale (la détresse de l'enfant qui échappe à l'œil préoccupé par la veine, le bras...) en raison d'une mauvaise orientation du regard ou d'une suspension de l'accomplissement de l'empathie secondaire à la perception de la détresse, il semble que le dénominateur commun à ce décalage de l'empathie soit à nouveau un *entre-deux*.

Un *entre-deux* où flottent les possibles. Un *entre-deux* qui ne peut *a priori* rien prédire de l'orientation du regard, des modalités de la donation du vivre de l'autre ou de l'accomplissement du vivre empathique. Dans le feu de l'action du soin, entre l'enfant et le soignant surgit un espace que l'un et l'autre partage ou tout peut se nouer ou se dénouer, se crispier ou se détendre, où l'enfant peut être contenu ou relâché.

Un *entre-deux* où l'agir est en suspension, incertain, hésitant entre maintenir ou *main-tenir*.

Un *entre-deux* où se joue peut être à huit-clos un conflit intérieur déclenché par des injonctions paradoxales. Le donné empathique du vécu de l'autre s'avère donc contingent et difficilement prédictible. Par ailleurs, ce processus ne dit rien de la réponse qu'il va lui être faite. En effet on peut recevoir un vécu empathique sans y donner suite, sans faire preuve de sollicitude, sans modifier son comportement. Le concept d'empathie connaît désormais un grand succès. L'empathie est inlassablement invoquée dans notre société occidentale moderne, comme s'il s'agissait d'une incantation protectrice, qui pouvait prévenir l'indifférence et l'égoïsme.

Nous ne négligeons pas le rôle que joue la popularité de cette notion dans la construction de la représentation du métier de soignant, c'est ainsi qu'il nous apparait nécessaire de faire une parenthèse à propos de la conception répandue de l'empathie.

2. D'une définition commune de l'empathie

En effet, on peut se demander compte-tenu de la popularité de la notion d'empathie si l'étude de celle-ci ne s'est pas excessivement émancipée de l'intersubjectivité pour devenir un objet d'étude indépendant, presque, une faculté autonome.

Cette question se pose au regard de la généralisation du concept d'empathie désormais particulièrement « exploité » dans l'univers professionnel de la santé. Présentée de manière réductrice, l'empathie deviendrait comme une sorte de réponse à tous les maux relationnels de la société. En effet l'empathie ne doit pas être confondue avec le comportement que l'on souhaiterait qu'elle engendre. Exhorter à l'empathie ne déclenche pas pour autant une attitude compatissante.

Les fées de l'empathie au chevet des soignants

Serge Tisseron psychiatre et psychanalyste consacre un ouvrage à « l'empathie au cœur du jeu social »¹¹⁴. Il critique également l'engouement pour ce concept qui semble galvaudé par une simplification à l'extrême.

Serge Tisseron symbolise quant à lui l'empathie sous la forme d'une pyramide à trois étages qui représentent les étapes de l'expérience empathique. Le premier étage de cette pyramide empathique correspond à *l'empathie directe*, ce qui correspond au phénomène couramment appelé identification, la seconde étape est *l'empathie réciproque* reliée à la notion de reconnaissance. Tisseron place en haut de la pyramide empathique ce qu'il nomme *l'empathie « extimisante »*¹¹⁵ qui correspond celui lui à la relation intersubjective. Cette dernière étape de l'empathie coïncide avec le moment où « l'autre m'informe sur ce que je suis et me révèle à moi-même ». Le fait de présenter l'empathie par étapes est un élément à relever car cela rejoint l'idée d'un nécessaire accomplissement que nous observons dans l'analyse de Stein.

Si l'empathie ne s'exerce pas d'emblée dans sa totalité mais progressivement, par étapes cela signifie qu'elle peut s'exprimer partiellement et aussi qu'elle fluctue et cela en particulier selon les circonstances et les interactions. Cela introduit une sorte de souplesse dans la représentation commune parfois monolithique de l'empathie

Cette « hiérarchisation » des étapes empathiques correspond à nos conclusions quant à l'intérêt d'une étude de l'empathie qui préserve les liens avec le concept d'intersubjectivité. Ce point a son importance dans un contexte où l'empathie telle qu'elle est communément définie semble désormais s'affranchir des contingences intersubjectives, pour devenir une qualité en soi. Une émancipation qui confère à l'empathie une sorte d'indépendance qui nous apparaît tronquée.

¹¹⁴ Tisseron, Serge, *L'empathie au coeur du jeu social*, Paris, Editions Albin Michel, 2010.

¹¹⁵ L'*extimité* correspond « [...] au processus par lequel des fragments de soi sont proposés au regard d'autrui afin d'être validés. » « La présentation de soi intime est toute la vie une façon de guetter dans le regard d'autrui- et au sens large, dans ses réactions- une confirmation de soi » Tisseron, Serge, « Intimité et extimité », *Communications*, vol. 88, no. 1, 2011, pp. 83- 91.

En effet l'expérience empathique s'exprime nécessairement dans un monde phénoménal partagé par différentes intersubjectivités, ce qui fait à la fois sa richesse et sa complexité. L'empathie est en quelque sorte le reflet de l'existence d'un *commerce réciproque* de qualité entre les individus reconnus dans leur intersubjectivité.

De ce point de vu, l'empathie est indiscutablement une qualité précieuse dans l'exercice d'un métier auprès de personnes malades et vulnérables. Le problème vient du fait que l'empathie semble être devenue une norme de la qualité de la relation à l'autre. On assiste à une sorte d'incantation dogmatique adressée aux soignants qui sont sommés de faire preuve d'empathie envers leurs patients.

L'infirmier ou le médecin « *se doit* » d'avoir une attitude ou une communication empathique. Les guillemets soulignent ici le double aspect de l'injonction. L'empathie est devenue plus qu'un devoir vis-à-vis de l'enfant car elle est aussi une obligation morale vis-à-vis du soignant lui-même. Ne pas être empathique envers l'enfant équivaut à manquer à son devoir envers l'enfant et aussi envers soi-même. L'injonction en est renforcée. Une politique de l'attitude empathique se développe plus largement dans l'institution.

Il existe d'ailleurs désormais des « formations à l'empathie » destinée aux professionnels de la santé. Les instituts de formation en soins infirmiers l'enseignent, des jeux de rôle sont utilisés dans certaines facultés de médecine pour aider les futurs médecins à adopter une attitude empathique.

Notons que notre propos n'est aucunement voué à remettre en question la nécessité d'une attitude bienveillante des soignants envers les personnes malades et leur famille. Il s'agit de relever les limites d'une conception de la relation à l'autre réduite à la seule notion d'empathie, elle-même réduite à des codes de comportements.

Effectivement on constate que l'empathie fait son entrée dans les critères de la qualité de la relation avec le patient. Elle devient un objet mesurable et reproductible. D'ailleurs, des échelles d'empathie¹¹⁶ ont été créées et l'empathie des professionnels se mesure¹¹⁷.

Là où nous observons une nécessaire souplesse, un nécessaire espace intérieur en quelque sorte, pour que s'exerce l'empathie, les normes et les mesures de l'empathie figent et cristallisent une posture ce qui semble assez antinomique avec l'attitude empathique soit disant recherchée.

Alors, on ne sait plus très bien s'il s'agit d'une qualité professionnelle acquise au même titre qu'une compétence technique, ou d'une faculté propre à l'être humain, s'il s'agit d'une vertu en puissance qui demande à se développer (en particulier lorsqu'on est soignant) ou d'une compétence à acquérir par éducation ou par habitude.

Ce qui fait peu de doute, c'est la connotation positive qui auréole l'empathie dans l'opinion commune. Il est de « bon ton » d'être empathique lorsqu'on est professionnel de santé et cette notion est fortement imprégnée d'un *a priori* positif. Une conception largement intériorisée par les soignants eux-mêmes (comme on a pu le constater dans l'étude qualitative que nous avons menée sur le thème de la contention lors des soins), qui citent l'empathie comme l'une des qualités professionnelles requises pour exercer en pédiatrie. Nous soulignons la popularité de l'empathie car elle semble jouer un rôle dans ce qui se déroule au cours des soins pour le soignant. En effet la représentation qu'a le soignant de son devoir vis-à-vis de l'enfant est empreinte d'une injonction implicite à être empathique dans l'exercice de son travail.

Or comme nous le constatons déjà plus tôt, la perception des émotions, la capacité à s'identifier même partiellement à l'enfant et de surcroît à être éclairé sur des aspects de soi-même précisément à l'instant où l'on est dans une posture où l'on est conduit à faire mal à l'autre peut être handicapante. Il faut donc reconnaître que dans certains cas l'empathie peut s'avérer gênante.

¹¹⁶ Hojat, Mohammadreza *et al.*, « The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data », *Educational and Psychological Measurement*, vol. 61, no. 2, 2001, pp. 349–365.

¹¹⁷ Hojat, Mohammadreza *et al.*, « Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later », *The Journal of social psychology*, vol. 145, no. 6, 2005, pp. 663–672.

En effet, elle peut faire trembler la main qui tient l'aiguille qu'il faut planter dans la chair de l'enfant ou encore provoquer une funeste hésitation à l'instant où il s'agit d'introduire une sonde dans le nez de l'enfant qui résiste. Le soignant a le devoir de réaliser le geste technique qui soigne mais il est aussi soumis à un impératif d'empathie envers l'enfant. Une double contrainte s'exerce alors sur le soignant, tiraillé entre l'injonction à être empathique et l'ordonnance du geste technique. Plus encore, l'injonction adressée aux soignants à être empathiques (quelques soient les circonstances) peut donc s'avérer contre-productive.

Le soignant, constatant que les gestes techniques nécessaires pour répondre à l'exigence médicale sont temporairement incompatibles avec l'exercice de l'empathie, peut inconsciemment (ou délibérément) dénier les affects qu'il perçoit chez l'autre afin de dépasser le conflit intérieur qui peut apparaître dans certaines circonstances de soins.

De l'arrondissement de l'empathie à un supplément de contraintes

L'exercice devient donc délicat, lorsque dans les circonstances particulières des soins, le soignant devient malgré lui le promoteur de la souffrance de l'autre. La « juste distance empathique » doctement prescrite à ceux qui soignent devient non seulement difficile à étalonner mais difficile à tenir également. Car avoir conscience de soi, et par conséquent du rôle que l'on joue éventuellement dans la souffrance (douleur ou détresse) de l'autre, devient une sorte de gageure.

Il y a dans le modèle commun de l'empathie une sorte de rationalisation du ressenti intérieur du vivre de l'autre, qui ne coïncide pas avec le processus complexe que nous avons tenté de décrire précédemment.

L'arrondissement de l'empathie semble tout bonnement venir s'ajouter aux autres contraintes qui pèsent sur le professionnel, « ligotant » ainsi d'une certaine façon un peu plus la pensée de celui-ci. « Ligoter », dans la mesure où les obligations et les contraintes qui pèsent sur le soignant (prescription de soin, technicité du geste, injonction à l'empathie) étaient autant d'entraves à sa capacité de mouvements psychiques.

C'est comme si, tous ces impératifs occupaient une place de plus en plus grande dans l'esprit, réduisant ainsi l'espace intérieur nécessaire au mouvement, nécessaire à l'exercice empathique, nécessaire à la pensée singulière.

Alors nous nous souvenons du prisonnier de la caverne, le cou entravé par une chaîne, qui n'a pas l'espace nécessaire pour tourner la tête. L'espace est la condition de possibilité (entre autre) du mouvement. L'écart inaugure le recul, *l'entre-deux* qui permet d'être *entre* l'un et l'autre. La révolution de la pensée au sens propre du terme, c'est-à-dire lorsque la pensée tourne sur elle-même pour trouver un nouvel angle de vue et fait la découverte de nouvelles perspectives.

La notion d'espace qui sépare (ici la perception de l'interprétation, la saisie de l'accomplissement) s'invite à nouveau dans notre réflexion. Il semble que nous nous approchions du nœud de notre questionnement au grès des traversées d'espaces et d'*entre-deux* qui chaque fois semble dévoiler quelque chose du phénomène de la contention de l'enfant dans les circonstances des soins.

Au décours de notre développement, nous relevons plusieurs sortes d'écarts. Il y a un écart physique entre les soignants et l'enfant qui tend à être réduit par les uns et être creusé par l'autre. Il y a aussi un écart entre le temps ordinaire du soin et le temps extra-ordinaire de la contention.

Car après une observation plus précise de ce phénomène, une distinction significative apparaît entre le moment où les soignants *prennent soin* de l'enfant (à la manière des infirmières s'occupent de Blanche sur le tableau commenté par Geoffroy) et le moment où ils cherchent à *faire des soins* à l'enfant. Le passage (peut être devrions nous dire « bascule ») du moment où l'on « prend soin » à un moment où on « exécute le soin » marque un changement de temporalités.

Nous le disions plus tôt : le soignant est déjà en avant du temps présent, déjà projeté dans le temps de la guérison à venir tandis que l'enfant est coincé dans le présent, dans le maintenant, peut-être faudrait-il plutôt écrire ici *maintenant*. L'association de l'idée du présent et de celle de la main qui tient (le *maintenant*) suggère la nécessité de se tenir aux côtés de l'enfant, c'est-à-dire dans sa temporalité à lui : le présent. La présence se traduit ici par la main que l'on tient, ce qui évoque le *être-avec* en opposition à la tendance de l'adulte à *être en avant* du temps.

Plus l'enfant est petit plus il vit au présent. Vulnérable, il avance à tâtons dans le présent, il n'a que l'intuition du demain, le pas encore incertain, il avance dans un maintenant qui réclame un *main-tenant*.

La bascule d'une temporalité à une autre, creuse un double écart. Il y a l'écart qui sépare le temps de l'enfant du temps du soignant, et l'écart qui clive à son tour le temps du soignant. Paradoxalement le soignant se projette à la fois dans l'avenir de l'enfant mais il suspend aussi le temps du prendre soin pour faire le soin. Il y a en quelque sorte une double scission paradoxale du temps du soignant qui est à la fois en avant du temps et à la fois dans un temps suspendu, dans un maintenant qui n'est pas exactement un présent actuel. Il ne s'agit pas d'un présent connecté à l'ensemble de la réalité.

C'est un présent restrictif, spécifiquement focalisé sur le maintien ou plutôt le *main-tenir* de la vie, en tous cas sur l'acte de soin qui symbolise ce maintien. La suspension du temps inaugure une transformation des espaces et peut être le passage de frontières invisibles qui nous font passer, le temps de la contention, de l'espace du *main-tenant* (prendre soin) à un espace du *main-tenir* (faire le soin).

3. D'une situation contraignante à la cécité empathique transitoire

Nous partions d'un espace où l'on prend soin, territoire dans lequel il semble possible de cheminer *main-tenant* avec l'enfant pour nous rendre dans le terrain du *faire*, terre d'action qui réclame de *main-tenir* cet enfant et qui semble déjà dire l'objectivation incontournable de celui-ci.

Du passage fulgurant du « main-tenant » au « main-tenir »

Le passage d'un territoire à un autre est presque fulgurant. Quelques instants plus tôt, les soignants sourient et échangent avec le petit et puis le soin démarre, l'enfant refuse et s'agite.

Les passions s'animent, déclenchant ce que nous appelons une « ronde chaotique ». Les gestes de retenus répliquent aux gesticulations désordonnés de l'enfant. L'enchaînement des mouvements de l'un auxquels répondent les autres, se transforme en un sorte de chorégraphie qui bien que synchrone, semble déconnectée d'une quelconque anticipation.

Il y a ici une sorte de passage d'un territoire à un autre, franchissement d'une frontière invisible qui sépare une pratique maîtrisée d'une réponse instinctive. Ce passage inaugure simultanément la transformation des conditions d'exercice de l'empathie. L'espace du *main-tenant* s'ouvre sur le présent du l'enfant, offre l'opportunité de saisir son vécu, sa réalité tandis que l'espace du *main-tenir* n'offre aucun écho à l'exercice empathique des soignants.

Tout se passe comme si la nécessité d'user temporairement de la force mettait les soignants en situation de suspendre leur jugement habituel. Leur faculté à repérer les émotions et le vécu de l'enfant est comme mise entre parenthèse le temps de la contention. L'usage de la force est antinomique. Elle conduit à un conflit intérieur (conflit qui confronte les propriétés de l'âme et la personne comme nous le suggérons dans notre étude de l'empathie de Stein). Un conflit intérieur qui est peut-être ce qui enraile la mécanique de l'empathie. Une aporie qui nous place entre « faire le soin ou prendre soin », et qui grippe le fonctionnement des propriétés de la saisie du vivre de l'autre, de l'enfant.

A moins que ce ne soit l'étape de l'accomplissement de l'empathie ou (pour réutiliser le vocabulaire de S.Tisseron) de l'empathie « extimisante » où *l'autre m'informe sur ce que je suis et me révèle à moi-même*, qui ne puisse être franchie ?

Car telle Loth, pétrifiée en statut de sel pour avoir regardé en arrière, le soignant pourrait être paralysé à la vue de ce que lui révèle le regard poignant de l'enfant contenu de force.

De la disparition dans une sorte de triangle des Bermudes des soins

C'est justement parce qu'il est capable de voir, capable de saisir par empathie le vivre de l'autre, capable d'accueillir ce que lui révèle l'autre de lui-même, qu'il doit renoncer à le faire. L'empathie du soignant est suspendue, la vision occultée. L'enfant n'apparaît plus, les regards ne se croisent plus, le contact est comme perdu à la manière d'un radar qui perd la trace de ce qu'il avait pourtant en vue quelques instants plus tôt.

La description que nous avançons ici, s'appuie sur notre propre expérience mais surtout sur les paroles des soignants, recueillies dans le cadre d'une recherche qualitative ancillaire à notre questionnement philosophique.

Initialement invités à parler de leur travail auprès des enfants, les participants (trente-deux soignants de pédiatrie) évoquaient les besoins spécifiques des enfants, leur particularité, leur vulnérabilité, la patience, et l'attitude empathique nécessaire pour les aider à vivre l'hospitalisation et les soins.

Le discours était centré sur l'enfant, celui-ci placé au cœur des préoccupations. Mais au fil de la discussion, lorsque le débat s'orientait sur ce qui est difficile lors des soins, en particulier sur les situations où le soin se passe mal, où l'enfant s'agite et se débat et que la contention s'avère inévitable, alors on pouvait observer la disparition de l'enfant du discours du soignant. Le geste technique devenait le sujet principal du discours évinçant l'enfant.

Nous avons observé à l'analyse du discours une « zone » d'où l'enfant semblait absent, il s'agissait des moments où il était question de situation de contention.

Une zone à l'intérieur de laquelle l'enfant semble aussi disparaître du radar émotionnel du soignant. Nous pourrions imaginer que l'enfant disparaît comme les bateaux ou les avions disparaissent en traversant le Triangle des Bermudes. On raconte que les radars perdent le contact avec certains navires qui traversent le triangle des Bermudes. Le mythe veut qu'un certain nombre de navires y disparaissent. Les radars perçoivent un signal avant et après cette zone mais perdent le contact le temps de la traversée de la zone.

La légende du triangle des Bermudes offre une image qui toute chose étant égale par ailleurs, semble pouvoir illustrer ce qui se produit dans la situation de contention lors du soin.

Juste avant le soin, l'enfant est au centre des préoccupations, la sollicitude des soignants est perceptible et transparait sans équivoque dans les paroles des soignants mais à l'instant où le geste devient impérieux, où l'usage de la force s'invite dans la relation de soin, alors la sollicitude s'éteint, l'empathie s'estompe, le vivre de l'autre s'efface, pour réapparaître presque instantanément une fois l'épisode de la contention passée.

4. Choix ou condamnation à une cécité empathique transitoire ?

Il y aurait donc une zone (le territoire de la contention) à l'intérieur de laquelle le soignant perd en quelque sorte sa faculté de voir l'enfant, une zone où il est aveuglé. Parfaitement capable de voir, l'instant précédent, de deviner et même d'anticiper les émotions, il devient incapable de voir la détresse de l'enfant, incapable de voir la violence de la contention.

Nous faisons l'hypothèse que l'événement de la contention inaugure en quelque sorte une transformation du fonctionnement ordinaire des qualités impliquées dans l'exercice empathique.

L'enchaînement délétère responsable de la contention nécessiterait, de la part du soignant, une occultation transitoire de la subjectivité de l'enfant.

Mais plus encore il apparait que, prisonnier du *triangle des Bermudes des soins*, le soignant soit également contraint de sacrifier sa propre subjectivité le temps de réaliser la contention.

Du sacrifice des subjectivités

Le soignant semble être dans l'obligation de faire le sacrifice de sa subjectivité, en l'occurrence de la sensibilité qui l'anime d'ordinaire, pour réaliser le geste médical, pour continuer à « être la main », (l'outil devrait-on dire) de la technicité médicale. Dans la situation de la contention, l'enfant est objectivé, pour les besoins techniques du soin par un soignant lui-même instrumentalisé pour les besoins de la biotechnologie médicale.

En suspendant le *commerce réciproque* au sein de la communauté intersubjective qu'il partage avec l'enfant, il suspend sa capacité à percevoir l'enfant mais ce faisant, il suspend simultanément la conscience qu'il pourrait avoir de lui-même à l'instant paradoxal où il use de la force pour le « bien » de l'enfant. Avoir conscience de lui-même à cet instant pourrait mettre en péril la poursuite du geste, il pourrait renoncer.

Mais le soignant est-il en mesure de renoncer ? A-t-il le choix ? Dernier maillon de l'exécution de la prescription médicale, dernier maillon du processus thérapeutique. Arrivé au stade ultime de la mise en œuvre salutaire du savoir médical, « tout » repose sur lui. Peut-il faire preuve de faiblesse face à l'ennemi de la santé de l'enfant ?

Pourrait-il justifier son renoncement par quelques « jérémiades » d'enfant insignifiantes au regard des enjeux du soin ? Peut-il se défausser de ces responsabilités d'adulte vis-à-vis d'un enfant qui n'est pas encore en mesure de raisonner, qui est incapable de mesurer le danger et la nécessité du traitement ou du soin.

Renoncer signifierait rejoindre l'irrationnel de l'enfant, ne pas mesurer les enjeux, ne pas être digne de la rationalité d'un adulte dont le métier est de faire des soins. Lui, l'adulte, le soignant, le bras armé de la médecine, la personne de confiance de l'exécutif médical dispose-t-il du choix de renoncer au soin ?

L'injonction à réaliser le soin est impérieuse, et plus puissant encore est le spectre de la menace qui plane sur la vie l'enfant (ou la santé) en l'absence de soin. Le soignant ne perçoit aucune alternative.

Le sentiment d'absence de choix semble être fondateur dans la décision de mettre entre parenthèse la perception de l'enfant le temps de la contention. Le témoignage d'une des participantes à notre recherche illustre remarquablement l'impératif qui inaugure l'aveuglement volontaire du soignant.

Pour rappel, la soignante réagit au visionnage de la situation du petit garçon à qui l'on pose une sonde naso-gastrique de force alors qu'il est maintenu par plusieurs adultes.¹¹⁸

« Pour moi, ça me fait clairement penser aux situations où idéalement, on ne ferait comme ça mais on n'a pas le choix, il faut le faire, donc dans ce cas-là, je rentre dans la catégorie où je ferme tout le reste, ce qu'on me demande en tant que soignante, c'est de mettre cette sonde rapidement, efficacement et le mieux possible. Après, tout le contexte de l'enfant, que je ne supporte pas, je l'oublie, j'oublie ce qui se passe, ce n'est plus un enfant, j'ai une sonde à mettre, c'est tout, je n'ai pas le choix, c'est ce qu'on me demande... [...] »

« Je n'ai pas le choix ! »

L'usage du pronom impersonnel « on » souligne la dépersonnalisation de la demande, annonce la soumission à une instance qui dépasse les intersubjectivités. L'injonction à exécuter le soin semble venir d'une autorité diffuse, dépersonnalisée.

Il s'agit de répondre à une demande impérieuse à laquelle il semble presque impossible d'échapper. Pour se soumettre à cette injonction (celle de l'exécution du soin et ce quelque que soit les conditions que cela exige), il faut entrer dans la « catégorie » du faire. Se retrancher dans un monde d'action et d'efficacité, en oubliant le reste. En s'isolant du contexte de l'enfant apeuré et fragile dont le regard oblige. Il n'y a pas le choix nous dit-on, pas le choix de tenir compte de la sensibilité de l'enfant, pas le choix de renoncer au soin.

Cette absence de choix en trahit pourtant déjà un. Le choix est implicitement fait en faveur du soin. Pour faire le soin il faut renoncer (temporairement) à l'enfant, fermer la porte sur sa réalité, ne pas le voir en quelque sorte, le faire disparaître de son champ perceptif.

¹¹⁸ Situation clinique de départ p.82

Pourtant derrière la disparition de l'enfant se cache encore l'enfant. Toujours à l'esprit du soignant même lorsqu'il l'en chasse. Car même occultée la présence de l'enfant plane dans une « pseudo absence ». L'enfant ou du moins l'idée de l'enfant continue à préoccuper le soignant. La préoccupation voilée du soignant au sujet de l'enfant est probablement ce qui le motive à renoncer à le voir, à renoncer à être empathique à son égard. Car si le soignant fait disparaître l'enfant de sa perception, s'il suspend l'élan empathique qui pourrait surgir à l'instant où il voit l'enfant, c'est précisément par souci de lui.

Mais de quel souci parle-t-on ? S'agit-il de sollicitude ou de préoccupation ? En effet il semble qu'il se produise une substitution d'un souci pour un autre, une nouvelle forme de souci venant remplacer la première.

« C'est parce que l'être au monde est essentiellement souci [*Sorge*] que , dans les précédentes analyses, l'être après l'utilisable a été saisi comme *préoccupation* [*Besorgen*], l'être en compagnie de la coexistence des autres se rencontrant à l'intérieur du monde comme souci mutuel [*Fürsorge*]. »¹¹⁹ L'attention et la sollicitude font place à la préoccupation et l'on pourrait dire pour reprendre le vocabulaire heideggérien, que le *besorge* se substitue au *fürsorge*. Le *fürsorge* correspond au souci *pour* (*für*) l'enfant, c'est ce type de souci qui pousse à l'assistance, à la compassion. Le *fürsorge* est un souci où l'autre est placé devant soi, un souci du maintenant, un souci qui tend la main en quelque sorte, un souci en présence. Le *besorge* se soucie quant à lui *de* l'enfant. Le *besorge* est un souci qui se préoccupe de l'enfant.

Le *besorge* est pré-occupé, occupé à l'avance par l'enfant, celui-ci est déjà là avant d'y être et n'a donc pas forcément besoin d'être là, en présence puisqu'il est déjà là, dans la mesure où être dans le *besorge* signifie que l'on est déjà soucieux. Le souci est déjà en avant du temps présent. Le *besorge* est prévoyant, il voit en avant, il devine. Il devine ce qui pourrait advenir à défaut de soin.

Le soignant, qui ne voit pas l'enfant à l'instant du soin, voit en quelque sorte plus loin car il voit la santé de l'enfant, son salut. Placé dans la situation où le soin est impossible à réaliser sans l'usage de la force, le soignant semble changer d'angle de vue.

¹¹⁹ Heidegger, *Être et Temps*.p.242.

Il bascule d'un type de souci à un autre, il cesse de voir l'enfant en présence pour voir au-delà de lui, pour se soucier de son avenir. En effet, dans les situations difficiles, face à des soins violents, confronté au paradoxe de l'agressivité de nos gestes techniques et de la contention, alors la conjugaison des soucis devient délicate. Il faut trancher, éviter de voir ce qui pourrait empêcher de pré-voir l'à-venir, (c'est-à-dire de faire le nécessaire pour l'avenir de l'enfant). Il faut choisir de ne pas voir, choisir l'aveuglement transitoire qui occulte l'exercice empathique au profit de l'action.

De l'émergence d'un concept

Nous observons, au gré de ce développement, qu'il existe au cœur du phénomène de la contention de l'enfant, des éléments récurrents qui se rassemblent pour produire un épiphénomène généralisable dans ce type de situation. Notre travail d'abstraction à propos de l'usage de la contention dans les soins, met en lumière un enchaînement d'événements intersubjectifs qui semblent reproductibles. L'aveuglement transitoire saisit le soignant au moment de la contention de l'enfant, et participe à la suspension de l'exercice empathique, nécessaire à la poursuite de l'action de soin. Il se produit en quelque sorte une « cécité empathique transitoire ». Ce concept peut donner une idée générale de ce qui se produit au décours de la contention lors des soins en pédiatrie.

Les réflexions et observations qui étayent cette proposition restent à consolider néanmoins il se dessine une tendance qui nous donne à penser l'intérêt de conceptualiser un événement fréquent et relativement banalisé. Au regard de ce concept de « cécité empathique transitoire », émerge la question du choix.

Nous disions un peu plus tôt, que le soignant choisit l'aveuglement empathique pour poursuivre le soin. Mais que savons-nous de ce choix ? S'agit-il d'un choix en conscience ? Le soignant ne fait-il pas avant tout le choix du soin ? La contention et avec elle, la cécité empathique, ne sont-elles pas plutôt des conséquences de ce choix ?

Le choix de la réalisation du soin est inaugural. Il enclenche un processus mental qui offre les conditions de possibilité de l'accomplissement de ce choix. Alors on pourrait dire que ce qui s'enclenche chez le soignant pour permettre le passage à l'acte est un phénomène qui lui échappe, c'est-à-dire un processus inconscient. Or il s'avère qu'il existe déjà un mécanisme de défense psychique qui occulte la réalité ; il s'agit du déni. Ne peut-on donc pas dire que le soignant dénie tout simplement la détresse de l'enfant ? Il nous semble qu'affirmer cela, serait inexacte. Il semblerait que le soignant renonce consciemment à voir la détresse de l'enfant et qu'il décide même volontairement de ne pas en tenir compte.

Dans le cas du déni, la personne n'a pas conscience de la réalité de l'autre, celle-ci est étouffée, muselée en quelque sorte et elle ne se fait jour que dans l'inconscient.

Au contraire dans le cas de la « cécité empathique », c'est précisément parce que le soignant a la faculté de voir la détresse de l'enfant qu'il doit soigner, qu'il choisit consciemment d'occulter ce qu'il voit. Il s'agit selon nous, plus d'une « soumission volontaire au renoncement » qu'un mécanisme défensif inconscient, ce qui nous amène à récuser l'idée que la cécité empathique soit du registre du déni. S'il renonce à voir la détresse actuelle de l'enfant, c'est parce que le soignant est clairvoyant quant au danger à venir s'il renonce à faire le soin.

C'est au prix de son aveuglement qu'il dispose de la faculté de deviner l'avenir qui attend l'enfant à défaut de soin. Le soignant frappé de *cécité empathique* est, toute chose étant égale par ailleurs, une sorte de Tirésias des soins. Dans la mythologie grecque, selon la version de Callimaque¹²⁰ le jeune Tirésias surprend malgré lui du regard la déesse Athéna en train de se baigner.

Il transgresse ainsi l'interdit qui défend à un simple humain de porter les yeux sur une divinité sans qu'elle l'y autorise. Athéna punit Tirésias en le frappant de cécité, mais en compensation le jeune Tirésias reçoit le don de divination et aussi la longévité.

¹²⁰ Cyrène, Callimaque de et Editions, F. B., *Hymnes*, V, v.75 sq. Create Space Independent Publishing Platform, 2014.

Nous extrapolons un instant certains rapprochements entre le mythe de Tirésias et la situation du soignant. En effet, ne pourrait-on pas voir dans la science médicale devenue toute puissante, une figure de la divinité ? Désormais douée du pouvoir de sauver la vie des personnes dans de nombreuses circonstances, la médecine accède presque au statut de démiurge, créateur de son propre salut, ce qui lui confère d'une certaine manière un statut presque divin. Imaginons donc, que le pouvoir de la médecine, l'apparente à une sorte de déesse, à une divinité sur laquelle il serait interdit de poser les yeux.

Imaginons que le pouvoir divin tire d'une certaine façon sa force du mystère qui l'entoure, ce qui expliquerait l'interdiction d'être dévoilée par de simples mortels. Si l'on transpose ce constat à la situation des soins, n'est-il pas possible d'imaginer que pour garder sa puissance, sa force, la médecine ne doit pas dévoiler son mystère.

Or la technique médicale et avec elle son cortège de soins invasifs et de traitements de choc semblent être la face cachée du succès de la médecine. Les gestes techniques, l'agressivité des traitements voire la violence de certaines situations de soins (celle de la contention forte de l'enfant par exemple), incarnent peut être la divinité médicale sur laquelle il vaut mieux ne pas poser les yeux sous peine de devoir être sanctionné par une cécité. Mais en échange de cet aveuglement, la médecine donne le pouvoir de deviner l'avenir et implicitement de le changer un peu... N'y aurait-il pas une étrange ressemblance entre pronostic et guérison médicales avec le cadeau qu'Athéna fait à Tirésias après l'avoir rendu aveugle : le don de divination et de longévité ?

Toute chose étant égale par ailleurs l'analogie entre le mythe de Tirésias et la cécité empathique qui peut frapper le soignant à l'instant où ce qui se fait jour, où la vision du soin et de la détresse de l'enfant, livre une image interdite. « Interdite » au sens de dangereuse, une image de la réalité du soin qui pourrait faire renoncer le soignant ; alors que c'est justement ce choix qu'il faut faire.

Ce truchement scopique s'opère subrepticement, et « l'image interdite » ne s'annonce en réalité pas comme telle. Nul n'apprend à l'école d'infirmière ou de médecine à éviter de regarder le patient ou l'enfant au cours du soin pour éviter de le voir souffrir sous l'effet de nos « bons » soins.

L'origine de ce que nous appelons « la cécité empathique transitoire », sorte de « syndrome de Tirésias », qui semble s'opérer, pourrait être liée à une conformation initiale de notre manière de regarder le réel.

En résumé des points clés apparus dans la seconde partie du travail

Nous découvrons au terme de cette seconde partie la récurrence de la notion de regard. Il y a le regard professionnel, focalisé sur une partie du corps pour se concentrer sur l'aspect technique du soin, mais peut-être est-ce pour éviter le regard de détresse de l'enfant. Un contraste se fait jour au gré d'une description phénoménologique. Un contraste qui surgit entre l'hyper focalisation du regard sur le corps et la dispersion de l'attention qui voile la présence de l'enfant. Plus l'œil s'applique à voir une zone précise du corps de l'enfant, moins il peut voir l'ensemble, et moins il perçoit l'enfant dans sa globalité. Il y a comme une zone aveugle dans le temps du soin : le moment où les corps se rapprochent pour immobiliser l'enfant et le livrer au soin. Au moment où le soin se complique, où l'enfant s'agite, où il refuse, et qu'il s'agit d'user de la force pour le soigner, alors l'enfant devient comme invisible.

La contention est alors telle une zone aveugle, où le contact visuel est perdu avec celui qui traverse cette zone. La contention s'apparente métaphoriquement au triangle des Bermudes des soins.

Pourtant le soin est bien l'occasion d'une rencontre, ne serait-ce que par la mise en présence physique de ceux qui soignent et de l'enfant qu'il faut soigner. Mais de quelle manière, le corps à corps de la contention permet-il d'établir un commerce des intersubjectivités, (celles de l'adulte et celle de l'enfant) ? La contention est-elle un rendez-vous manqué pour le commerce des intersubjectivités ? Autrement dit : l'exercice de la contention clive-t-il les différents univers (celui de l'enfant et celui des soins médicaux), au point d'annihiler l'exercice empathique ? Nous découvrons qu'au contraire l'empathie est au centre de l'action. L'accomplissement de l'empathie tient un rôle clé dans le phénomène de la contention.

Mais il s'agit là d'un rôle inattendu. En effet ce n'est pas l'existence du vécu empathique qui est mise en cause mais plutôt son accomplissement. L'empathie doit être neutralisée pour que le soignant soit en mesure de faire son devoir : réaliser le geste technique. L'avènement de la contention ouvre un nouvel *entre-deux*, où se rassemble des injonctions contradictoires : celle de l'exécution du geste et celle de l'accomplissement de l'empathie. Cette double contrainte s'exerce sur le soignant qui se sent dans l'obligation de sacrifier sa subjectivité le temps de la réalisation du geste avec contention. Une forme d'aveuglement volontaire de l'empathie apparaît lors de la contention forte de l'enfant. Un constat qui nous fait avancer le concept de cécité empathique transitoire. Or nous découvrons que cette cécité empathique n'est pas un phénomène individuel, mais plutôt la conséquence d'une construction de l'identité professionnelle préétablie et contraignante.

Les soignants au début de leur apprentissage semblent (d'un point de vue métaphorique) être placés de telle sorte qu'ils ne peuvent percevoir qu'une partie du réel. Une posture qu'on les invite à prendre, de manière à ce qu'ils soient en mesure de concentrer leur attention sur ce qui se présente comme réel à leurs yeux. Une réalité en l'occurrence un peu tronquée puisqu'elle n'est présentée que partiellement.

Cette représentation métaphorique que nous nous faisons de la posture du soignant contraint à scruter le réel d'une façon prédéterminée, et n'est pas sans rappeler l'allégorie platonicienne du prisonnier de la caverne. Il semble donc opportun de nous appuyer sur cette allégorie pour repérer les aspects qui semblent correspondre à la situation des soignants dans certaines circonstances.

Troisième partie : De l'ombre des illusions



Tableau 3

Ken Stout; Plato's cave; 2007. 1

« Représente-toi la lumière d'un feu qui brûle sur une hauteur loin derrière eux et, entre le feu et les hommes enchaînés, un chemin sur la hauteur, le long duquel tu peux l'élévation d'un petit mur, du genre de ces cloisons qu'on trouve chez les montreurs de marionnettes et qu'ils érigent pour les séparer des gens. Par-dessus ces cloisons, ils montrent leurs merveilles. [...]

Pour commencer, crois-tu en effet que de tels hommes auraient pu voir, quoi que ce soit d'autre, d'eux-mêmes et les uns des autres, si ce n'est les ombres qui se projettent sous l'effet du feu, sur la paroi de la grotte en face d'eux ? » [...]¹²¹

« -Mais alors, dis-je, de tels hommes considéreraient que le vrai n'est absolument rien d'autre que les ombres des objets fabriqués. »¹²²

¹²¹ Platon, *République VII*, 514b-515b, p.1679

¹²² *Ibid.* 515a-515c, p.1679-80

Chapitre VIII : Prisonniers du monde sensible

1. Du risque d'être trompé par la perception

Le monde sensible est parfois trompeur et doit inspirer la méfiance vis-à-vis des certitudes engendrées par celui-ci. La connaissance trouve initialement sa source dans le monde sensible, or les sensations que nous avons peuvent nous induire en erreur. Il faut admettre par exemple que selon que l'on regarde d'un endroit ou d'un autre ce que l'on voit diffère. Ce que nous croyons être réel, parce que nos sens nous donnent à le croire ne l'est peut-être pas ?

De l'allégorie de la caverne à la situation des soignants

Platon utilise le mythe de la caverne, au début du livre VII de *La République*,¹²³ pour illustrer le risque d'être trompé par nos sens et convaincre le lecteur de s'affranchir des apparences. La conception cartésienne fonde son développement sur le même constat : les sens sont trompeurs. Comment être certain que ce que je perçois à l'état d'éveil n'est pas l'équivalent d'un songe que je fais alors que je rêve ?¹²⁴

N'y aurait-il pas un mauvais génie responsable de cette tromperie dans laquelle nous plonge notre sensibilité ? Tout ce qui provient du monde extérieur, sensible ne serait qu'illusions sur lesquelles s'appuie un mauvais génie pour nous tromper.¹²⁵ Le postulat platonicien ou cartésien du doute vis-à-vis du monde sensible rejoint l'incompréhension qui saisit l'esprit de celui qui cherche à savoir ce qu'il en est réellement du soin qu'il est donné d'apercevoir.

Considérons, un instant, que ce que nous voyons de la scène de soins décrite un peu plus tôt, s'apparente au monde sensible. Ce monde sensible correspond à la perception que nous pourrions avoir de la situation, si nous entrions dans un hôpital où sont soignés des enfants.

¹²³ Platon, *République VII*, 514a-520a, p.1679-1685.

¹²⁴ Descartes, René, *Cogito*, tome 75. *Méditations métaphysiques*, S.I., Vrin, 2000, p.19.

¹²⁵ *Ibid.*

Nous pourrions voir un soignant qui fait son travail et qui malgré les difficultés parvient à poser la sonde naso-gastrique. Tout cela serait exact. Mais nous pourrions également voir la détresse de l'enfant, son refus, l'agitation de celui-ci, apercevoir les mains des soignants qui tiennent qui maintiennent, distinguer la contrainte physique et cela serait tout aussi exact. Peut-être verrions-nous ces deux choses simultanément ? Peut-être serions-nous plus sensibles aux sons des voix douces des soignants ou plutôt n'entendrions nous que les pleurs de l'enfant ? Toutes ces perceptions nous percutent au même instant et entrent en concurrence, compliquant la tâche du discernement.

Mais est ce que la perception de la situation, ce que nous pouvons en voir, se rapporte véritablement à la réalité ou est-ce une forme de la réalité ou seulement le reflet de cette réalité ? Car bien que nous regardions la même chose, il est probable que nous ne percevons pas la situation de façon identique.

L'allégorie de la caverne, proposée par Platon, évoque le risque de confusion entre monde perçu et réalité. L'étude de cette allégorie au regard de la situation du petit garçon et des soignants nous donne la possibilité d'interroger certaines analogies.

De la focalisation sur la technique à l'illusion

Dans son dialogue, Platon introduit l'allégorie par une description précise du décor et des protagonistes. Des hommes sont enchaînés depuis leur enfance « [...] dans une sorte d'habitation souterraine [...] »¹²⁶ dans laquelle ils n'ont que la possibilité de regarder ce qui se trouve devant eux. Le champ visuel du prisonnier est restreint. Le cou est retenu par une chaîne qui lui interdit d'étendre sa vision au-delà d'un certain périmètre.

La limitation du champ visuel du prisonnier évoque déjà une analogie symbolique avec la restriction de la perception visuelle du soignant. L'attention des adultes qui réalisent le geste technique est focalisée.

¹²⁶ Platon, *République* VII, 514a-514b p.1679.

Le regard de celui qui doit introduire la sonde dans la narine se porte nécessairement sur le visage de l'enfant, pour être plus précis encore, en réalité le regard est focalisé sur la narine de l'enfant. Les autres soignants qui se chargent de limiter les mouvements de l'enfant en maintenant les jambes, les bras et la tête, sont concentrés sur le membre qu'il faut retenir tout en surveillant « du coin de l'œil » la progression de la sonde vers la narine. Le regard du soignant est restreint car focalisé sur une seule partie du corps de l'enfant. Toute chose étant égale par ailleurs, la technique enchaîne les possibles du regard de celui qui fait le geste aussi efficacement chaîne autour du cou.

Les prisonniers attachés de cette manière au fond de la grotte ont peu de choix, voire aucun. Ils ne peuvent voir que ce qui se présente dans un espace pré défini. Ils ne peuvent voir que « [...] les ombres qui se projettent, sous l'effet du feu, sur la paroi de la grotte en face d'eux [...], »¹²⁷. L'entrave au fond de la grotte empêche le mouvement mais sélectionne du même coup les éléments qui seront perçus par la vision. La sélection des images saisies par l'entendement du prisonnier induit un biais initial. « Les hommes sont dans cette grotte depuis l'enfance [...] » Le prisonnier ne peut juger qu'à partir d'une sélection de sensations. La contrainte de la technique des soins focalise l'attention.

D'une captivité précoce de la pensée des soignants

Le soignant apprend dès le début de son apprentissage, à reconnaître des parties du corps, à se concentrer sur une veine, sur la peau, sur l'exsudat, le suintement... La première règle en médecine consiste à observer, à regarder précisément, à focaliser donc à couper son attention de ce qui est inutile à l'instant du soin, pour la porter sur un point précis. Une fois la localisation anatomique obtenue, le soignant concentre un peu plus encore son attention sur l'aspect technique du geste à effectuer.

Il faut être attentif à l'angle du biseau de l'aiguille, guetter le moment où la jonction du matériel se fera avec la partie anatomique concernée. Les perceptions sont saturées, le cerveau trie et retient ce qui lui est nécessaire.

¹²⁷ Platon, *République*, Œuvres complètes, Editions Flammarion, Paris, 2008 et 2011 pour cette édition revue Traduction Livre VII 515a-515b p.1679.

La formation médicale et paramédicale conditionne à ce processus : sélectionner les images nécessaires à la réalisation du geste. Le choix des images qui apparaissent aux soignants est donc particulièrement restreint. Lorsqu'on s'apprête à introduire une aiguille dans une veine ou lorsqu'il faut insérer une sonde l'exigence technique impose de focaliser le regard sur une zone précise. Le soignant qui réalise un acte technique n'a pas le choix de ce qu'il regarde. La portion à observer lui est imposée. Cette petite partie qui est regardée ne peut cependant pas passer pour le tout. Il y a donc dans cette situation de soins une corruption des perceptions. Comment apercevoir l'enfant tout entier lorsqu'on est « formaté » dès le début de son apprentissage à se focaliser sur une toute petite partie de son corps ?

A l'extérieur de la caverne brûle un feu, sur une hauteur, loin derrière les prisonniers. Un petit chemin en la hauteur sur le long duquel est bâti un muret qui ressemble à la cloison qu'utilisent les montreurs de marionnettes. « Par-dessus ces cloisons, ils montrent des merveilles »¹²⁸ Enchaînés de la sorte, les prisonniers en levant la tête vers l'entrée de la caverne, aperçoivent des ombres mais n'ont aucun moyen de savoir qu'ils ne voient pas la réalité mais seulement l'ombre de celle-ci.

« De tels hommes considéreraient que le vrai n'est absolument rien d'autre que les ombres des objets fabriqués.[...] Imagine aussi, le long de ce muret, des hommes qui portent toutes sortes d'objets fabriqués qui dépassent du muret, des statues d'hommes et d'autres animaux, façonnés en pierre, en bois et en toute espèce de matériau. »¹²⁹

Les objets fabriqués s'opposent ici aux objets réels. L'objet fabriqué caractérise la représentation fabriquée de celui-ci, la représentation que l'on sent fait est construite à partir de quelque chose qui n'est pas réel, l'idée du prisonnier est donc fausse.

Les objets fabriqués dont nous parle Platon pourraient être comparés aux objets de la fabriqués de la médecine. Les objets de la technologie médicale qui émerveillent parfois, tant leurs promesses sont grandes pour sauver et guérir.

¹²⁸ Platon, *République*, VII 515a-515b p.1679.

¹²⁹ *Ibid*, 515a-515b p.1679.

Ces objets que la médecine moderne, brandis avec fierté mais dont l'image peut être confondue avec l'objet en soi. La technologie ne serait alors que l'ombre de la médecine, offrant une image tronquée à celui que la technicité médicale enchaîne.

Impossible de se reconnaître dans ces prisonniers que la technique arraisonne ? Cette description étrange nous semble peut être étrangère comme elle l'est à l'interlocuteur de Socrate dans ce dialogue. Pourtant « ils sont semblables à nous. »¹³⁰ Car ce sont les conditions dans lesquelles se retrouvent les prisonniers qui les conduisent à de fausses croyances. Les conditions de la médecine ne placent elles pas dans certain cas, certains professionnels dans les mêmes contingences que celles des prisonniers contraints à ne voir qu'on leur montre ? Certains services, certaines spécialités médicales exigent une telle technicité, qu'en entrant dans la chambre du malade, on peine à apercevoir le patient, perdu au milieu des machines.

Difficile dans ce cas d'échapper à cette emprise et de ne pas se tromper. Nous pourrions être abusés tout comme des prisonniers enchaînés au fond d'une caverne par ce qui s'offre à nous au premier regard.

2. D'une illusion à une fausse certitude

Les yeux rivés sur la santé de l'enfant, nous pourrions voir un soin réussi, une sonde naso-gastrique posée avec succès. A la façon d'un prisonnier enchaîné au fond d'une caverne peut être que ce qui nous est donné à voir n'est que l'ombre de ce qui se passe réellement. A quel moment ce que nous voyons devient objet de connaissance ? Dans quelle mesure cet objet de connaissance est-il réel si la perception qui le fonde est faussée ?

Telles sont les interrogations qui nous assaillent car compte tenu de la focalisation de notre attention sur le soin, nous ne pouvons plus être certains de ce que nous voyons. Admettre que l'information perçue, la perception de ce qui est regardé dépend de nombreux facteurs conduit à pondérer la véracité absolue de ce qui est vu.

¹³⁰ *Ibid.* 515a-515b p.1679.

Ce que nous voyons d'une scène à un moment donné dépend de là où le regard se pose, la perception visuelle est forcément sélective par conséquent la connaissance que nous en retirons nécessairement incomplète si ce n'est inexacte. Le problème apparaît lorsque ce qui est perçu est erroné, d'autant plus que celui qui est trompé par ses sens n'a pas le moyen de s'apercevoir qu'il se trompe. Ce que ces hommes emprisonnés voient du fond de la caverne est réel à leurs yeux. Ils considèrent par conséquent comme vrai ce qui n'est que l'ombre du réel.

Grâce à cette allégorie nous comprenons que le point de vue qui nous est donné, l'angle sous lequel nous observons une situation, influence notre opinion. Celle-ci se fonde sur ce que nous croyons savoir, ces croyances se muent en certitudes qui deviennent elles-mêmes difficiles à ébranler.

Il faut de nombreuses années d'apprentissages pour devenir médecin ou infirmière. L'enseignement est théorique mais il est aussi et en grande partie pratique. L'aspect pratique de l'enseignement de nos métiers passe par ce que l'on nous *montre*. Les novices *regardent* les experts qui font la démonstration d'un geste, d'un savoir-faire. Apprendre à faire un soin commence par l'observation. Au fil de notre apprentissage, tout au long des années où nous construisons notre savoir, nos pairs nous donnent à voir, ce sur quoi notre connaissance va se construire.

Nous sommes en quelque sorte, placés de manière identique aux prisonniers dont le champ visuel est pré-déterminé par la position qu'il a pour voir les choses compte tenu de sa situation. « [...] crois-tu en effet que de tels hommes aurais pu voir quoi que ce soit d'autres, si ce n'est les ombres qui se projettent [...] »¹³¹ L'idée de la réalité des soins nous est projetée par nos pairs telle une image, celle-ci reflète la vérité et il semble difficile de s'en soustraire. Certes l'esprit critique s'exerce pour un certain nombre de soignants qui réfutent les préjugés et se forment leur propre opinion.

Le trait est ici incontestablement forcé pour faire valoir l'idée selon laquelle la condition d'apprenti place la personne dans une position où le champ visuel, qui peut presque être confondu avec le champ conceptuel, qui s'ouvre à lui, est pré-défini, pré-établi ?

¹³¹ Platon, *République* VII, 520b-521a.

L'objectif est donc de souligner l'idée que le regard se dirige malgré lui sur ce qui lui est donné à voir. Certes il est possible d'échapper spontanément à cette entrave, de se libérer mais c'est au prix d'un certain courage. Peut-être s'agit-il du courage du philosophe, de Socrate qui questionne, qui réfute l'illusion et qui s'attache à l'Idée plus qu'à son apparence sensible ? Celui-là même qui cherche à détacher les prisonniers, qui les invite à regarder la lumière et qui leur dit que ce qu'ils prenaient pour réel depuis l'enfance n'est qu'illusion. Mais le passage de l'ombre à la lumière est douloureux et donc peu engageant, ardu.

Imaginons qu'une tierce personne vienne ouvrir la porte de la chambre où se déroule le soin, et indique au soignant qui s'escrime à poser la sonde, que ce qu'il croit être un soin ne l'est pas réellement. Que ce n'est pas cela le soin. Certes de longue date, on lui avait donné à croire que le geste technique était l'équivalent du soin, telle l'ombre de la silhouette projetée par les flammes semblait être l'équivalent de la véritable personne. Il est fort à parier que l'accueil de ce « libérateur » ne se ferait pas favorablement. « Ne crois-tu pas [...] qu'il penserait que les choses qu'il voyait auparavant étaient plus vraies que celle qu'on lui montre à présent ? »¹³² La conversion des convictions ne peut être instantanée.

Comment abandonner une conception des soins transmise par ses pairs de longue date ? Comme accepter de révoquer sa conviction vis-à-vis de son exercice quotidien ?

Car lorsque les soignants privilégie la technique au dépend du patient ils le font pour le Bien du malade. La technicité du soin a été présentée comme étant *le* soin. La confusion n'est pas seulement ancienne et pire encore : elle reflète parfois une réalité, car en l'absence de cette technologie le patient meure. Prendre conscience de cette méprise est difficile.

« Si par ailleurs, [...] dis-je on le tirait de là par la force, n'en souffrirait il pas et ne s'indignerait il pas d'être tiré de la sorte ? Et lorsqu'il arriverait à la lumière, les yeux éblouit par l'éclat du jour, serait-il capable de voir ne fut ce qu'une seule des choses qu'à présent on lui dirait être vraies ? »¹³³

¹³² *Ibid. République VII, 520b-521a.*

¹³³ Platon, *République*, 515e-516a p.1680.

Le prisonnier plongé dans l'obscurité depuis le début de son existence ne saurait souffrir l'exposition brutale à la lumière. Il est nécessaire de s'habituer lentement à de nouvelles perceptions. Il faut du temps pour accepter, que ce qui semblait vrai ne le soit pas, car de prime abord la vérité peut être aveuglante. Un temps d'acclimatation est nécessaire pour changer sa perception. Il s'agit de procéder progressivement si l'on souhaite avec une chance de convaincre. De même que revenir à la lumière peut être douloureux de même renoncer à ce qui est connu est difficile et exige donc un effort pour revenir à l'intelligible.

Mais procédons dans l'ordre. Il s'agit pour le moment de repérer en quoi les certitudes des adultes soient prisonniers du monde sensible les conduit à disqualifier les facultés enfantines.

Chapitre IX : De la disqualification à l'accueil des facultés

1. Quand la cognition masque la perception

La scène du petit garçon à la sonde illustre une situation fréquente à l'hôpital. Nous y voyons des professionnels qui soignent un jeune enfant. Celui-ci, effrayé refuse instinctivement que le tuyau passe dans son nez. Il est jeune et ne semble pas être en mesure de comprendre le « pourquoi » de ce geste technique, il se défend, se débat.

D'une situation ordinaire

La situation du petit garçon à qui l'on pose une sonde gastrique n'est pas une exception mais témoigne d'une situation ordinaire en pédiatrie. Sans remettre en cause le caractère individuel des réactions émotionnelles propres à chaque enfant, cet exemple illustre des caractéristiques communes aux jeunes enfants. Celles-ci offrent des repères pour comprendre leurs réactions. Les progrès dans le domaine de la psychologie du développement et du comportement de l'enfant permettent également d'ajuster notre questionnement.

Les capacités cognitives de l'enfant sont aujourd'hui mieux connues. Des travaux, en particulier ceux de Jean Piaget, en matière de psychologie de l'enfant distinguent des stades dans son développement de la pensée.¹³⁴ Le stade sensori-moteur entre zéro et deux ans, puis le stade préparatoire entre deux et sept ans et ensuite celui de l'opérateur concret. L'enfant interprète les événements différemment selon son stade de développement. Le petit garçon du cas clinique a entre trois et quatre ans, ce qui correspond au stade préopérateur.

¹³⁴ Piaget, Jean et Inhelder, Bärbel, *La psychologie de l'enfant*, vol. 1, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012.

Il commence à être capable de dialogue, et opère des rapprochements pour identifier un objet mais il est incapable de rapporter des objets semblables à une catégorie commune. Il n'a pas encore de capacité déductive. L'enfant à qui on pose la sonde n'est pas capable, au regard de son développement cognitif, de rapprocher mentalement l'objet *sonde* à la catégorie *soin*, il est donc incapable de faire le rapprochement entre l'objet qui s'approche dangereusement de sa narine et l'action de soigner. Il est par conséquent incapable de rapprocher le soin de l'idée d'une action bénéfique pour lui.

D'un caprice ordinaire ?

Alain écrit quelques années avant la publication des travaux de Jean Piaget, à propos de la pédagogie enfantine un texte qui identifie certaines caractéristiques de l'enfant qui le distingue de l'adulte.

« L'enfant est d'abord toute imagination, c'est-à-dire qu'il juge des choses et des hommes d'après ses propres affections, ou d'après les mouvements de son propre corps. Tout est caprice, et n'importe quoi est lié à n'importe quoi. Par exemple une grande peur rend redoutable un certain lieu (la porte de la cave). Tout est également possible et impossible (accordé ou refusé). Ce qui manque, c'est par-dessus tout, l'idée de la nécessité extérieure, c'est-à-dire d'un ordre des choses, tout à fait indifférent à nos désirs, mais qui, en revanche, par la loi purement mécanique, donne une prise au travail. Et ce qui manque aussi par suite c'est l'idée d'un ordre humain, sans doute flexible aux affections, mais régi pourtant par la loi du travail de façon qu'en définitive on ne peut vivre selon les affections, mais qu'il faut se rendre utile. L'enfant ne sait d'abord que se rendre agréable (ou désagréable). »¹³⁵

L'imagination de l'enfant prédomine sur sa raison. Les liens qu'il parvient à faire ne sont pas régis par la même logique que celle de l'adulte, il est indifférent aux contingences extérieures, aux obligations.

¹³⁵ Alain, *Esquisses : D'Alain, Tome 1, Pédagogie Enfantine*, Presses universitaires de France, [s. d.].

D'où selon Alain, son incapacité à se rendre *utile*, à faire correspondre ses actions avec une nécessité extérieure à lui-même. Il est mu par ses émotions. Ses réactions fluctuent en fonction de ce qu'il perçoit affectivement et non rationnellement. Ce qui fait dire à l'auteur que chez l'enfant tout est *caprice*, c'est-à-dire que sa pensée évolue de façon imprévisible, à la manière d'un cabri, d'où peut-être l'utilisation du mot *caprice* dans le texte.

La pensée de l'enfant est capricieuse car elle ignore l'ordre des choses : l'agencement des éléments extérieurs et des désirs intérieurs. L'adulte a conscience de la nécessité extérieure, il connaît l'ordre des choses. Les désirs doivent passer après ce qui est utile, après le travail.

Alain suggère que par une loi purement mécanique cette indifférence aux désirs donne prise au travail. Mais il pourrait lui être opposé que si mécanique il y a dans ce domaine, alors il faut aussi pourvoir l'envisager en sens inverse. Dans ce cas, ce ne serait pas l'effacement des désirs qui permettrait l'apparition du travail, mais le contraire. Le travail chassant les désirs et non pas les désirs qui naturellement font place à l'utile.

D'ailleurs lorsqu'Alain argumente plus précisément à propos de la nécessité d'ordonnement, il évoque *l'ordre humain* qui subordonne les affections internes aux nécessités externes. L'argumentaire d'Alain s'appuie justement sur le fait que l'enfant ne dispose pas initialement de cet ordonnancement.

L'enfant fait passer ses propres affections en priorité en ignorant les contingences extérieures. C'est en effet exactement ce qui semble se dérouler pour l'enfant que l'on soigne et qui refuse la sonde. Ses émotions, sa peur régissent ses réactions sans tenir compte des contingences du soin. Mais poursuivons l'analyse d'Alain pour compléter la mise en perspective de ce qui manque à l'enfant.

2. D'un manque désordonné au pouvoir de l'imagination

L'enfant *manque* d'ordre, que ce soit dans le domaine *des choses*, c'est-à-dire ce qui est extérieur à lui, ce qui régit le monde, mais aussi à l'intérieur de son propre monde: il ignore l'ordre humain. Mais le fait que l'enfant manque de quelque chose ne veut pas dire qu'il soit vide. Et si l'ordre fait défaut à l'enfant alors le désordre se substitue à ce manque. L'imagination semble traduire ce désordre. Mais ne peut-on pas plutôt considérer que l'imagination témoigne d'un agencement initial des rapports à soi et au monde, qui va être rééduqué au fil du temps, pour correspondre aux contingences extérieures en devenant adulte. L'imagination est présentée par Alain comme un attribut de l'enfance, caractéristique dont l'adulte se serait départi au fil de ses apprentissages.

D'un manque à une perte

Romain Gary dépeint dans le roman *Les enchanteurs*, la perte, au fil du temps, de l'imaginaire enfantin au profit de l'acquisition de compétences. A chaque promenade dans la forêt, l'enfant du roman fait apparaître un univers imaginaire peuplé de personnages magiques.

« Mais le temps commençait à s'intéresser à moi et il se passa alors quelque chose de très étrange : mon regard perdit peu à peu le pouvoir qu'il avait de me révéler la vie secrète de la forêt et de ses habitants. Au fur et à mesure que je grandissais, et alors même que ma main se faisait de plus en plus habile, elle paraissait devenir prisonnière des apparences familières que la nature cachée et magique des choses assume pour défendre ses secrets et nous interdire l'accès de son domaine. Ma main devenait esclave de cette réalité trompeuse et mon fusain ne faisait plus que reproduire, avec une fidélité et une obéissance soumises, les fleurs les arbres, les pierres, les oiseaux. »¹³⁶

¹³⁶ Gary, Romain, *Les Enchanteurs*, Editions Gallimard, 2014.

L'ordre des choses, fidèle à la réalité, s'établit au dépend du pouvoir de l'imaginaire de l'enfant. En grandissant l'enfant acquiert des compétences. L'apparition de l'habileté selon Romain Gary ou de la notion de l'utile selon Alain, conditionne implicitement une aliénation. Le nouveau savoir-faire contraint à devenir *esclave d'une réalité trompeuse*. Notons que cette idée donne à entendre qu'à contrario l'enfant dispose d'un accès naturel à la véritable réalité, celle qu'on ne voit plus une fois devenu adulte. L'enfant qui grandit commence à ordonner la réalité. Ce nouvel agencement a un prix. Il lui en coûte le pouvoir ou plutôt le droit de rêver. La mise en ordre des choses conduit implicitement à leur réclusion. Mettre les choses en ordre est une manière de les faire prisonnières d'une apparence.

Mais Romain Gary révèle, par l'intermédiaire du héros de son roman, le stratagème des choses dont la *nature cachée et magique*, ne se dévoilent justement qu'à ceux qui ne les soumettent pas à un ordre établi, à ceux dont le regard n'est pas encore conformé, c'est-à-dire aux enfants.

Le secret de l'enfant consiste à percevoir une vérité qui ne correspond pas exactement à la réalité mais qui s'en inspire avec liberté. L'imaginaire révèle une réalité qui échappe à l'intellectualisation des choses. La liberté semble être étroitement liée à l'imagination qui s'affranchit de l'ordre convenu des choses.

L'imagination ou la vision kaléidoscopique du réel

Là encore le petit garçon que l'on tente de soigner en lui mettant une sonde dans le nez et qui refuse l'effraction de celle-ci, conteste d'une certaine manière l'ordre convenu des choses. Son imaginaire a sans doute dévoilé une réalité toute différente de celle des soignants, ce qui le pousse à s'échapper.

Rappelons ce que suggérait Alain : ce n'est pas ce dont l'enfant manque qui est à l'origine des difficultés mais ce dont il est doté de façon supplémentaire en comparaison à l'adulte : l'imagination. L'imagination de l'enfant, bien qu'elle dérange l'ordre des choses par un *désordre* heureux, offre l'opportunité de découvrir une réalité dissimulée aux yeux de ceux dont la vision est déjà formatée et qui ne peuvent regarder avec un regard d'enfant.

L'apparition d'un lien entre ce qui manque à l'enfant et ce qu'il possède en abondance donne à penser la problématique de l'enfant qui se débat face au soin différemment. Il devient impossible de le cantonner à ces lacunes et il faut tenir compte d'une perception enfantine qui passe par un prisme particulier, une sorte de kaléidoscope du réel.

Or la confrontation de l'univers médical ordonné avec le monde enfantin peut s'avérer brutale en particulier lorsque les atouts des enfants sont déniés et considérés uniquement comme des obstacles et paradoxalement comme des manques.

Il est vrai que l'imagination enfantine avec pour corollaire la notion de liberté ne fait pas le jeu de la procédure médicale où asepsie, rigueur et immobilité sont de mises. L'imagination de l'enfant témoigne d'une grande liberté, les mouvements de la pensée enfantine n'ont donc pas de limites cependant il lui faut se confronter aux contingences extérieures, alors face à ce monde d'adultes que l'on veut ordonné et par conséquent limité, l'imaginaire de l'enfant manque d'espace ou ne trouve pas sa place.

Le renversement de la conception de la psychologie infantile, où les particularités de l'enfant sont considérées, non plus comme des manques mais comme des spécificités à explorer en dehors des préjugés d'adultes, fait émerger les compétences propres de l'enfant. Ce qui était a priori une faiblesse devient une force. Les travaux de Merleau-Ponty témoignent parmi d'autres de ces bouleversements de paradigme dans la psychologie de l'enfant.

L'imagination enfantine : de la faiblesse à la force

Merleau-Ponty a une conception de l'imagination de l'enfant qui se décale de celle d'Alain. On le constate à la lecture du cours que Merleau-Ponty donne aux étudiants de la Sorbonne de 1949 à 1952, intitulé « les relations avec autrui chez l'enfant. ».

Tandis que l'imagination de l'enfant est envisagée précédemment par Alain d'un point de vue plutôt restrictif, presque comme un handicap, Merleau-Ponty valorise l'imagination au cœur du processus de perception de l'enfant.

« Quand nous avons considéré l'imagination de l'enfant, il nous est apparu de même que ce qu'on appelait image, chez l'enfant, n'était en rien assimilable à une sorte de copie dégradée, affaiblie de perceptions antérieures. Ce qu'on appelle imagination, c'est une conduite émotionnelle et, par conséquent, ici encore, nous nous trouvons pour ainsi dire au-dessous du rapport d'objet connu à sujet qui connaît, nous avons affaire à l'opération primordiale par laquelle l'enfant organise l'imaginaire, comme il organise le perçu. »¹³⁷

La distinction faite ici entre l'image et la copie dégradée inaugure la rupture avec une conception réductrice de l'imagination enfantine. Si l'image est interprétée au regard d'un modèle ou d'une référence normative alors elle devient copie dégradée, mais il n'en est rien pour Merleau-Ponty.

Il met en avant l'image elle-même, c'est-à-dire ce que l'imaginaire de l'enfant propose, sans chercher à la rapprocher de quoi que ce soit. Afin de laisser apparaître cette image, telle qu'elle est, et non en fonction de ce à quoi elle s'apparente, ce qu'elle est censée copier, il est nécessaire d'élargir son champ de compréhension et d'abolir ses préjugés.

La compréhension du processus propre à l'imagination de l'enfant est, selon Merleau-Ponty, forcément biaisée si elle passe par le prisme cognitif de l'adulte. Celui-ci ne doit pas chercher à calquer son propre processus cognitif sur celui de l'enfant s'il souhaite le comprendre. En se plaçant en qualité de *sujet qui connaît*, l'adulte passe à côté de la particularité de l'organisation de la perception de l'enfant, dans laquelle l'imagination trouve une place primordiale jusqu'ici sous-estimée.

Par ailleurs, l'adulte qui condamne l'imagination de l'enfant, en tant que caractéristique de l'immaturation enfantine, oublie qu'il est lui-même soumis à l'imagination. Lui aussi se représente les événements avant même qu'ils se produisent ou d'une manière déformée au regard des éléments concrets.

¹³⁷ Merleau-Ponty, Maurice, *Les relations avec autrui chez l'enfant*, vol. 1, Paris, France, Centre de documentation universitaire, 1963.p.2.

Le soignant *imagine* par exemple que l'enfant va bouger s'il ne le tient pas fermement pendant le soin, le professionnel *imagine* qu'il pourrait être jugé négativement par ses collègues s'il ne réalise pas le geste médical.

L'imagination fabrique des images et donne à voir une réalité transformée, édulcorée ou effrayante. L'adulte n'échappe donc pas vraiment plus efficacement que l'enfant à l'imagination. Ce n'est pas parce qu'il se méfie d'elle qu'il s'en affranchit. Cette faculté semble être une synthèse complexe de vrai et de faux, un savant mélange d'éléments réels et imaginaires, d'intuitions et de savoirs.

Pascal semble déplorer le paradoxe abrité par l'imagination, qui empêche de totalement réfuter la notion de l'imagination au profit de la raison.

« *82-44 *Imagination*- C'est cette partie décevante dans l'homme, cette maîtresse d'erreur et de fausseté, et d'autant plus fourbe qu'elle ne l'est pas toujours ; car elle serait règle infaillible de vérité, si elle l'était infaillible du mensonge. »¹³⁸

L'imagination recèle donc une proportion de vérité, ce qui trouble d'autant plus l'esprit de l'adulte, qui ne voit dans l'imagination que mensonges. Pour certains adultes, l'imagination se réduit à une expression chimérique, potentiellement source d'erreur. Pourtant elle ne se restreint pas à cela car comme l'indique Pascal elle contient également une certaine forme de vérité. La distinction formelle entre les territoires de l'imagination et ceux de la raison devient difficile car l'usage de la raison est teinté d'imagination.

Ou au contraire, peut-être faut-il dire que l'imagination est empreinte de raison ? Cela viendrait bouleverser l'ordre établi selon lequel la raison subordonne l'imagination. Les réactions de l'enfant pourraient alors apparaître comme empreintes de raison. Cette hypothèse est souvent récusée par les adultes car ils préféreraient peut-être croire que la maturité conduit à dompter l'imagination et à laisser la raison guider seule leurs actions. Mais en pratique, l'intrication du rationnel et de l'imaginaire défie l'homme de raison car elle le trouble.

¹³⁸ Pascal, Blaise, *Pensées*, Paris, Garnier-Flammarion, 1976, p.72.

« Plaisante raison qu'un vent manie et à tous sens. Je rapporterais presque toutes les actions des hommes qui ne branlent presque que par ses secousses. Car la raison a été obligée de céder, et la plus sage prend pour ses principes ceux que l'imagination des hommes a témérement introduits en chaque lieu. »¹³⁹

Selon Pascal, l'attitude qui semble la plus raisonnable est de fonder la raison sur des principes issus de l'imagination. Puisqu'il apparaît illusoire de chercher à épurer la raison de l'imagination alors Pascal préconise un regard synthétique sur celles-ci. Puisque l'imagination vient faire tanguer la raison, cette dernière ne peut l'ignorer ou la mépriser si elle veut trouver son équilibre et s'exercer. Faute de se débarrasser de l'imagination, la raison doit s'en accommoder.

Le manque d'imagination est même pour Charles Baudelaire une malédiction qui frappe l'homme en le privant d'une vertu cardinale. Critiquant le courant positiviste contemporain, il écrit un véritable manifeste en faveur de l'imagination, arguant du fait que l'imagination est ce qui pousse les autres facultés à s'exprimer et à se dépasser.

« L'imagination est la reine du vrai, et le possible est une des provinces du vrai. Elle est positivement apparentée avec l'infini. [...] Mystérieuse faculté que cette reine des facultés ! Elle touche à toutes les autres ; elle les excite, elle les envoie au combat. Elle leur ressemble quelquefois au point de se confondre avec elles, et cependant elle est toujours bien elle-même, et les hommes qu'elle n'agit pas sont facilement reconnaissables à je ne sais quelle malédiction qui dessèche leurs productions comme le figuier de l'Évangile. »¹⁴⁰

Tandis que Pascal admet l'intrication du vrai dans la fausseté de ce qui est produit par l'imaginaire, Charles Baudelaire admet la ressemblance, à la limite de la confusion entre le réel et l'imaginaire mais à l'inverse de Pascal, il situe la fausseté dans le concret. Il va même jusqu'à introniser l'imagination comme « *reine du vrai* ».

¹³⁹ *Ibid.* p.72.

¹⁴⁰ Baudelaire, Charles, Drost, Wolfgang et Riechers, Ulrike, *Salon de 1859 : Texte de la Revue française*, Paris, Honoré Champion, 2006.

Inaugurant la perception, la construction des représentations, l'imagination est la synthèse des capacités propices aux plus grandes conquêtes humaines. En affirmant la nécessaire union de l'imaginaire aux autres facultés de l'homme pour qu'elles s'expriment, Baudelaire affirme l'importance de l'imagination dans le statut de la raison.

Il devient raisonnable de tenir compte de l'imagination, en l'intégrant dans le processus propre au raisonnement. Ce postulat permet de dépasser certaines conceptions réductrices à propos de l'imagination. La vision pascalienne de l'intrication de l'imagination et de la raison, tout comme celle synthétique de Baudelaire peut également servir de point d'appui pour aborder les divergences de l'étude de la psychologie de l'enfant. En effet, les théories clivées qui opposent raison et imagination, entravent la compréhension des processus de pensée, en particulier ceux des enfants dont les perceptions passent au travers du prisme de l'imagination.

Ces clivages entre raison et imagination conduisent ceux qui méprisent l'imagination à se priver eux même d'un atout pour approcher la réalité du phénomène qu'ils étudient. Ils censurent, leur propre imagination qui pourrait pourtant être une source d'inspiration nouvelle pour étudier la psychologie de l'enfant.

De même qu'envisager l'enfant à partir de ses manques et non de ses compétences spécifiques peut réduire le champ de compréhension, de même le professionnel qui se contente d'une grille de lecture normative, fondée sur un schéma cognitif d'adulte, en négligeant la fonction de l'imagination ne perçoit qu'une parcelle de la compétence de l'enfant. Parce que comme nous le dit Gaston Bachelard « Imaginer, c'est hausser le réel d'un ton »¹⁴¹, l'imagination donne de la plus-value à la compréhension du réel.

Mais de quelles manières, le dédain de la science à l'égard de l'imagination influence-t-il le comportement des soignants au cours des soins pédiatriques ? Les professionnels de santé dont l'esprit est éduqué sur un modèle scientifique, sont sans doute influencés par celui-ci.

¹⁴¹ Bachelard, Gaston, *L'air et les songes : essai sur l'imagination du mouvement*, Paris, Le Livre de Poche, 1992.

La rigueur, le raisonnement rationnel et le sérieux sont les attributs nécessaires à l'exercice de la médecine, au travail du soignant. Un exercice rigoureux et exigeant où la fantaisie ne semble pas avoir sa place. Mais comme le remarquaient Pascal, Baudelaire ou Bachelard chacun à leur façon, les efforts des adultes pour chasser ou étouffer l'imagination sont vains. Le soignant comme toute autre personne est soumis aux aléas de son imagination. Le formatage de la pensée scientifique va peu à peu faire en sorte que celle-ci soit plus ou moins refoulée. Ce refoulement de l'imagination prive le scientifique d'une faculté qui pourrait justement lui permettre de rejoindre l'enfant dans son univers et donc de mieux le comprendre et mieux le connaître. Comme on peut le constater au travers de l'exemple des modèles d'études de la psychologie de l'enfant, le formatage de la pensée scientifique a parfois pour conséquence de restreindre les capacités de l'enfant aux seules mesures et à scotomiser la perception qu'on peut avoir de ses compétences. Or il nous semble que c'est le même processus qui soit à l'œuvre dans les situations de soins en pédiatrie. Le monde rigoureux et scientifique des soins restreint dans une certaine mesure l'accès à l'imaginaire et à la créativité, nous empêchant ainsi d'accéder à la richesse de sa perception. Reprenons l'exemple des dessins d'enfants pour poursuivre notre raisonnement à ce propos.

3. Quand la perception enfantine se dessine

L'exemple donné un peu plus tôt, extrait d'un roman de Romain Gary, au sujet de la main de l'enfant qui en grandissant devient plus habile mais ne fait « [...] plus que reproduire, avec une fidélité et une obéissance soumises [...] »¹⁴² appelle en écho la mise en garde de Merleau-Ponty à ne pas assimiler l'image chez l'enfant « [...] à une sorte de copie dégradée, affaiblie de perceptions antérieures [...] »¹⁴³ On assiste à partir de l'exemple du dessin et de l'image à une véritable inversion des valeurs.

Le dessin « grossier » de l'enfant, enraciné dans l'imaginaire de l'enfant, exprime la réalité tandis que la dextérité sous tendue par la raison de l'adulte n'en fait plus qu'une pâle copie.

¹⁴² Gary, *Les Enchanteurs*.

¹⁴³ Merleau-Ponty, *Les relations avec autrui chez l'enfant*. p. 2.

D'un nouveau regard sur les compétences

Cette affirmation certes caricaturale, présente néanmoins l'avantage de venir bouleverser l'ordre des choses. Il devient impossible de se contenter d'un modèle de lecture simpliste de ce qu'un dessin donne à voir. Cela invite à la prudence lors de l'interprétation d'une production d'enfant. Tenir compte de l'influence de l'imagination dans le processus rationnel rapproche de la conception synthétique pascalienne concernant ce sujet. Cette option semble être retenue par Merleau-Ponty lorsqu'il étudie les dessins d'enfants en refusant de cataloguer ceux-ci en fonctions de critères propres à l'adulte. Il reproche d'ailleurs à certains cette manière restrictive d'analyser les dessins d'enfants.

Dans la suite du cours qu'il donne sur *les relations avec autrui chez l'enfant*, Merleau-Ponty renforce son propos en prenant l'exemple de l'interprétation des dessins d'enfants faites par Georges-Henry Luquet¹⁴⁴.

« [...] le dessin d'enfant y est considéré comme un dessin d'adulte manqué et le développement de l'enfant, à travers les âges de son dessin, apparaît comme une série d'échecs dans la tentative de représenter le monde tel que le fait l'adulte, du moins l'adulte occidental, blanc et civilisé, c'est-à-dire selon les lois de la perspective géométrique classique. Nous avons essayé de montrer qu'au contraire, les procédés d'expression de l'enfant, ne pouvaient pas être compris comme de simples défaillances sur les chemins du « réalisme visuel », qu'ils attestent chez l'enfant, un rapport avec les droves et avec le sensible très différent de celui qui s'exprime dans la projection perspective du dessin de style classique. »¹⁴⁵

¹⁴⁴ Georges Henry-Luquet: 1876-1965. Philosophe français dont les différents sujets d'étude portent sur la philosophie des sciences, l'anthropologie, entre autres à la psychologie cognitive lié à l'analyse des dessins d'enfants. Sa thèse de doctorat ès Lettres (1913) porte sur l'analyse de dessins d'enfants, ceux que sa fille Simone réalise à partir de l'âge de trois ans. Il mettra en évidence quatre stades dans la réalisation des dessins d'enfant qui correspondent aux stades de développement de celui-ci. « Le dessin enfantin », librairie Felix Alcan, Paris, 1927.

¹⁴⁵ Merleau-Ponty, *Les relations avec autrui chez l'enfant*. p.2-3.

Merleau-Ponty critique l'interprétation restrictive des dessins d'enfants car selon lui, l'enfant exprime une perception singulière dans ses dessins. Le rapport sensible entre l'enfant et son environnement, exprimé au travers du dessin enfantin, passe totalement inaperçu pour celui qui n'y voit qu'une représentation mimétique que l'enfant tente de faire du monde perçu par l'adulte occidental. Merleau-Ponty réhabilite la singularité de la perception de l'enfant, en dénonçant les limites d'une lecture d'adulte égocentrée. Autrement dit d'une lecture que nous pourrions désigner comme « adulto-centrée ». L'aspect précurseur de l'analyse de Merleau-Ponty est à souligner lorsqu'il est replacé dans son contexte historique.

C'est comme si Merleau-Ponty disposait lui-même de cette perception enfantine, qu'on pourrait dire « élargie », qui lui permet d'identifier, de repérer la créativité et la singularité perceptive de l'enfant. Il nous invite, nous les adultes qui nous occupons d'enfant à dépasser en quelque sorte notre perception d'adulte, à sortir du carcan de représentations que nous avons des compétences perceptives de l'enfant, afin d'entrevoir la réalité de celles-ci sous un nouvel angle.

De l'importance de retrouver un regard naïf

Cette leçon est primordiale pour poursuivre notre analyse de la situation clinique de l'enfant qui refuse le soin. En effet, les soignants, c'est-à-dire les adultes qui soignent, ne semblent pas toujours se rallier au point de vue perceptif de l'enfant. Il s'agit d'abandonner une lecture des manques de l'enfant pour valoriser ses compétences, pour laisser apparaître la valeur de son expérience et de son expression, sans la réduire systématiquement à son défaut de compréhension et de raisonnement.

Afin d'illustrer l'exemple de différence perceptive entre l'enfant et l'adulte dans le contexte des soins, nous choisissons un dessin réalisé par un enfant de cinq ans hospitalisé.



Ce dessin a été réalisé dans le cadre d'un concours de dessin proposé par l'association Sparadrap¹⁴⁶. Le commentaire inscrit en haut du dessin : « *Je n'aime pas les infirmières méchantes qui grondent les enfants* », correspond aux explications données par l'enfant au sujet de son dessin. Dans ce cas la parole de l'enfant a été recueillie pour étayer la compréhension du dessin.

En imaginant, une lecture de ce dessin en dehors de toute explication de la part de l'enfant, il est peu probable que l'adulte ait été en capacité de percevoir la signification de ce dessin. On pourrait croire que la grande personne du dessin vient au secours de l'enfant, que la bouche ouverte de celle-ci est un sourire alors qu'avec l'aide de la légende, on comprend que c'est une bouche qui gronde !

On peut même faire l'hypothèse que certains adultes aient eu envie instinctivement de rectifier le message transmis en le réduisant à l'immaturation de l'enfant. Il s'agit pourtant d'accueillir la perception de l'enfant sans préjugés ni interprétations.

L'enfant qui a fait ce dessin est jeune, sa représentation graphique est imprécise mais cela n'invalide cependant pas le message qu'il transmet. Le sentiment de l'enfant est explicite. Peu importe de connaître, la véritable nature de la relation entre l'enfant et l'infirmière, le primat allant ici à l'expression du sentiment de l'enfant. Le dessin signifie quelque chose pour l'enfant.

¹⁴⁶ Association Sparadrap créée en 1993 dédiée à l'information de l'enfant hospitalisé et de sa famille. L'objectif de cette association est de promouvoir l'humanisation des soins pédiatriques. www.sparadrap.org

Cela contredit la thèse de George-Henri Luquet, au sujet des dessins enfantins qui, considère que l'enfant dessine seulement par jeu.

« L'enfant dessine pour s'amuser. Le dessin est pour lui un jeu comme les autres qui s'intercale parmi eux. » ¹⁴⁷ On s'aperçoit que l'enfant même jeune transmet par l'intermédiaire du dessin, un message. Il exprime au travers de ce dessin une émotion, une opinion, une expérience qui lui sont propres.

Ce message ne peut être perçu qu'à la condition de se défaire de notre regard normatif d'adulte, ce qui rejoint l'opinion de Merleau-Ponty quant à la nécessité de faire une plus grande place aux qualités perceptives de l'enfant.

¹⁴⁷ Luquet, Georges-Henri, *Les dessins d'un enfant: étude psychologique*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1913, p.15.

Chapitre X : D'un rapport différent au monde

1. De ce qui distingue enfant et adulte : Entre accueillir et analyser

Il y a dans l'examen du dessin de l'enfant une distinction qui sépare Merleau-Ponty de George-Henri Luquet, on pourrait dire que le premier regarde, et que le second juge. Le premier accueille le message transmis par l'enfant au travers son dessin, le second l'analyse. Cette distinction rappelle l'écart de perception entre l'enfant et l'adulte.

De l'enfant à l'adulte et de l'adulte au savant

Le premier laisse librement les perceptions venir à lui, sans faire de distinction entre le réel et l'imaginaire accueillant ce qui se présente, tandis que l'adulte sélectionne, juge et ordonne ce qu'il perçoit au regard de ce qu'il connaît. Cette distinction en entraîne une autre par analogie. L'analyse, art du découpage est aussi le propre du savant, qui pour connaître, distingue, sépare, isole l'objet de son étude pour mieux le cerner. Il y a là un point commun entre la démarche de l'adulte et celle de l'homme de science. Le savant comme l'adulte découpe le réel, seule l'intention visée par l'analyse diffère entre eux.

Tachons néanmoins d'éviter de conclure hâtivement que tous les adultes ont un esprit scientifique. Certes, trier les faits, agencer les observations pour les catégoriser en fonction de la forme, de l'apparence, telles sont les caractéristiques qu'il est possible de retrouver de manière générale chez les adultes et chez le scientifique en particulier. Mais n'oublions pas que seule l'observation *critique* inaugure l'étude scientifique.

L'examen de la réalité doit alors être pondéré par un doute rationnel, un refus de l'évidence empirique. Voilà ce qui semble, à première vue, distinguer l'enfant naïf qui accueille spontanément les éléments du réel comme *a priori* vrais, de l'adulte.

Or force est de constater l'absence de remise en question de certitudes acquises à l'âge adulte, chez un certain nombre de *grandes personnes*. En l'absence de mise à l'épreuve de la connaissance empirique, nous pourrions considérer que l'adulte n'est ni plus ni moins qu'un enfant au regard de la démarche scientifique.

Qu'importe que la personne soit grande ou petite, qu'importe finalement que son expérience de la vie soit longue ou courte, si le contenu de ce savoir empirique n'est pas questionné.

« Avant tout, il faut savoir poser des problèmes. Et quoi qu'on dise, dans la vie scientifique, les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes. C'est précisément ce sens du problème qui donne la marque du véritable esprit scientifique. Pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S'il n'y a pas eu de question, il ne peut y avoir connaissance scientifique. Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit. »¹⁴⁸

L'esprit scientifique problématise le réel qui lui est donné d'étudier et c'est à partir de cela qu'il construit le savoir : savant ordonnancement de la connaissance éprouvée par le refus de l'évidence. Ce refus est en quelque sorte une lutte, nous dit Gaston Bachelard, car cette démarche ne va pas de soi, elle semble forcer le naturel humain, puisqu'elle demande à se construire, qu'elle ne va pas innée. Nous voilà dans un schéma de pensée qui distingue le scientifique des autres personnes. L'esprit scientifique se fait violence, refuse le confort de l'idée, combat l'évidence et obtient de haute lutte un savoir qui fait autorité.

Pourtant cette rassurante organisation ne pourrait-elle pas elle-même présenter des failles ? La certitude scientifique acquise au gré d'une pénible démarche et de questionnements difficiles, n'offre-t-elle pas enfin une confortable sécurité ? Une sécurité dans laquelle l'esprit scientifique pourrait aspirer à s'installer et qui serait par conséquent difficile à remettre à nouveau en question. Cette confortable satisfaction peut aussi inaugurer le déclin de l'effort, la connaissance devenant elle-même un piège pour celui qui remplace les certitudes empiriques par les habitudes intellectuelles.

¹⁴⁸ Bachelard, Gaston, *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie J Vrin, 2000, p.16.

« Une connaissance acquise par un effort scientifique peut elle-même décliner. La question abstraite et franche s'use: la réponse concrète reste. Dès lors, l'activité spirituelle s'invertit et se bloque. Un obstacle épistémologique s'incruste sur la connaissance non questionnée. Des habitudes intellectuelles qui furent utiles et saines peuvent, à la longue, entraver la recherche. "Notre esprit, dit justement M. Bergson, a une irrésistible tendance à considérer comme plus claire l'idée qui lui sert le plus souvent". »¹⁴⁹

Les *obstacles épistémologiques* rencontrés par l'esprit scientifique sont par conséquent nombreux. Car il s'agit à la fois d'initier la démarche, de faire surgir le problème sans se reposer totalement sur les réponses obtenues.

En effet la connaissance du réel *n'est jamais immédiate ni pleine*. Or l'esprit de l'homme, y compris celui du scientifique, s'avère avoir tendance à reprendre les chemins de pensée déjà empruntés, et donc à se suffire d'un savoir qu'il tient pour acquis. Cet esprit-là n'est alors plus si opposé à celui qui tient pour certain son savoir empirique.

Nous interrogeons l'analogie de raisonnement entre le savant et l'adulte pour finalement constater un écart entre l'homme qui raisonne et l'homme de science. Parce que la science ne doit pas se confondre avec la raison. Parce qu'il est tout à fait possible de faire preuve de raisonnement sans connaissance scientifique.

Nous évoquons aussi les différences qui séparent l'enfant de l'adulte : la manière enfantine d'accueillir le réel qui s'oppose au jugement de l'adulte. Or ce jugement de l'adulte, s'il n'est pas questionné, ni problématisé ne semble pas avoir beaucoup plus de valeur scientifique que celui de l'enfant.

Nous observons les distinctions entre les soignants et l'enfant, entre le petit malade et ceux qui détiennent la connaissance médicale, convaincu d'un écart indiscutable entre la naïveté de l'un et le savoir des autres. Or il s'avère que même l'esprit scientifique qui a questionné un problème, comme c'est le cas en médecine, est susceptible de se satisfaire à nouveau de certitudes par habitudes intellectuelles.

¹⁴⁹ *Ibid*, p.16-17.

Une frontière ténue

La frontière qui sépare l'enfant du soignant ne semble plus partager si distinctement l'ignorance de la connaissance mais semble plutôt délimiter des conceptions variables selon l'expérience de chacun et peu importe qu'elle soit ancienne ou récente, qu'elle soit fondée sur l'expérience empirique ou scientifique si finalement cette frontière ne départage que des certitudes.

Car l'esprit scientifique se caractérise par la volonté de dépasser des savoirs préexistants et de renier d'anciennes convictions. Le paradoxe de l'esprit scientifique veut qu'il conquière des connaissances tout en remettant celles-ci en cause, qu'il juge de l'expérience sans préjuger.

« Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est jamais jeune. Il est même très vieux, car il a l'âge de ses préjugés. Accéder à la science, c'est, spirituellement rajeunir, c'est accepter une mutation brusque qui doit contredire un passé. »¹⁵⁰

La naïveté et la curiosité de l'enfant ne devraient-elles pas être une source d'inspiration pour une connaissance construite mais qui a cessé d'être questionnée ? N'est-ce pas le questionnement qui départage l'esprit commun de l'esprit scientifique ?

Alors il semble que ce qui rapproche l'enfant du soignant s'apparente à une forme de disposition. L'enfant est pré-disposé au questionnement tandis que le soignant dispose déjà de celui-ci. Le tout étant pour l'un et pour l'autre de le mettre en acte. Cependant l'enfant ne questionne pas dans un but scientifique et c'est ce qui le distingue du savant.

Il s'agit de relever ici la diminution de l'écart qui semblait à première vue abyssal entre le scientifique et l'enfant. Ce qui à première vue séparait strictement l'esprit savant de celui de l'enfant n'est plus une fracture aussi franche qu'elle semblait l'être. Le questionnement est à la source de toute construction scientifique or il semble parfois faire défaut face à la naïveté de l'enfant.

¹⁵⁰ *Ibid.*p.16.

Par contre et bien que nous relevions la prédisposition naturelle de l'enfant au questionnement, faculté commune à tout être humain, il faut admettre que ce qui continue à distinguer l'enfant du scientifique, réside dans la téléologie du questionnement enfantin.

L'enfant n'a certes pas l'ambition de questionner à des fins scientifiques. Mais le savant qui questionne pour la science devrait quant à lui éviter d'avoir l'ambition de le faire sans remettre en question sa propre naïveté vis à vis de ses certitudes concernant l'incompétence de l'enfant.

2. Une lecture divergente du réel

Cette réflexion initiée par la distinction entre accueillir et interpréter le réel nous amène de façon inattendue à constater une sorte de réciprocité entre les perceptions de l'enfant et du soignant. Tous deux partagent la potentielle mise en acte du questionnement du réel. Et tous deux usent d'une certaine manière d'une grille de lecture du réel. Certes cette grille de lecture varie selon la connaissance ou l'ignorance mais elle aide à la mise en forme du réel. Le point commun étant l'absence de remise en cause de cette forme du réel.

Aux yeux de l'enfant ce qui est réel c'est l'intrusion de la sonde dans sa narine, perçue comme une agression. Aux yeux du soignant, ce qui est réel c'est la technique de la sonde qui passe par la narine, perçue comme un acte de soin.

Du partage d'une certitude à un écart

Tous deux partagent la même réalité, tous deux partagent la certitude de ce réel, ni l'un ni l'autre ne semble remettre en question le fait que ce qu'ils vivent est réel et que la réalité de l'un est partagée par l'autre à l'instant précis où ils vivent l'événement. Certes il s'agit bien des mêmes lieux, des mêmes personnes, des mêmes objets que chacun peut voir ou entendre.

Ne pourrions-nous pas faire l'hypothèse que c'est justement ce point commun qui les sépare ? Chacun des protagonistes semble être captif de sa propre conception des faits.

Cet égal emprisonnement de la conception, instruit l'écart de perception. Il est vrai que l'adulte est doué d'une faculté d'abstraction dont ne dispose pas l'enfant. L'adulte a sans doute plus de moyens pour penser l'écart de conception toutefois nous suggérons que ce sont justement les compétences rationnelles de l'adulte qui le conduisent à lire la réalité selon ses propres normes, procédé qu'il partage finalement avec l'enfant puisque lui aussi lit la réalité selon ses propres critères.

L'écart qui surgit, est du même ordre entre l'enfant et les soignants pendant le soin, qu'entre l'enfant qui dessine et le chercheur qui interprète le dessin. La grille de lecture du réel des uns et des autres diverge radicalement. Lire la réalité avec ou sans cadastre modifie la perception du réel. La science cherche à percer le secret du réel, à en comprendre l'organisation, la composition, les causes. Elle doit cadastrer le réel pour pouvoir le capturer.

Afin de répondre à ces missions, la science a tendance à appliquer protocolairement son modèle à l'objet qu'elle étudie. L'exemple de l'interprétation des dessins d'enfants illustre cette tendance et ouvre une problématique qui s'étend plus largement à la question de l'application du modèle scientifique à l'étude du vivant.

Comment saisir l'humain ? Comment faire du développement de l'enfant, un objet d'étude scientifique au même titre qu'un fait physique ou chimique, en rédigeant normes et nomenclatures ? Il faut alors faire entrer l'enfant dans une grille de compréhension bornée par la science. Or caractériser les comportements de l'enfant semble être un exercice périlleux. Car le risque est de réduire celui-ci à ses caractéristiques. Certes l'étude du développement de l'enfant passe nécessairement par une revue systématique de ses capacités en fonction de son âge. Le piège semble se refermer lorsque celui qui étudie l'enfant choisit de le faire uniquement au regard de ce qui manque à l'enfant.

D'une succession de manques au déni de la perception

On s'aperçoit, que les spécificités de l'enfant retrouvées dans le texte d'Alain cité un peu plus tôt, sont caractérisées par le *manque*. Par exemple : l'enfant manque de « l'idée de la nécessité extérieure [...] ».

L'auteur ne se contente pas de lister les distinctions entre l'adulte et l'enfant, il compare également les compétences de l'adulte à celles qui manquent à l'enfant. La tendance à caractériser l'enfant par ses déficits est générale dans l'étude de son développement. On note d'ailleurs que les courants piagétiens, les *stadistes*, qui graduent la pensée de l'enfant en fonction de stades, peuvent également être critiqués dans leur aspect réductionniste des compétences de l'enfant.

Cette conception du développement de l'enfant selon des stades déterminés, conduit à dégager des acquis et des manques. Cela rejoint d'une certaine manière, la tendance qu'a, dans certains cas, la science à catégoriser chaque objet, en le nommant afin qu'il entre dans une catégorie prévue par le scientifique. Cette tendance à figer les objets d'étude scientifique dans des catégories trahit une inertie de la pensée scientifique qui s'oppose au dynamisme qui pour Gaston Bachelard caractérise l'esprit scientifique.

« Préciser, rectifier, diversifier, ce sont là des types de pensées dynamiques qui s'évadent de la certitude et de l'unité et qui trouvent dans les systèmes homogènes plus d'obstacles que d'impulsions. »¹⁵¹

En science, on ne se s'évade de la certitude inopérante qu'en échappant à la volonté d'orchestrer le réel dans une totale cohérence logique. Alors lorsque celui qui étudie scientifiquement cherche à l'excès à classer le réel, il est amené à le formater, à le mettre au format de la pensée scientifique pour l'unifier dans une connaissance homogène.

Il semble alors que l'objet n'existe plus que pour répondre au besoin de catégorisation du savant. Dans ce cas la science, de façon « endogène », engendre plus de freins à la connaissance qu'elle ne l'impulse.

¹⁵¹ Bachelard, Gaston, *La formation de l'esprit scientifique*, p.16.

Les obstacles émergent tout particulièrement lorsque la modélisation de la démarche s'applique sans distinction à n'importe quels domaines et spécialement lorsque l'objet de l'étude scientifique se prête mal au catalogage.

La catégorisation des compétences de l'enfant risque de réduire celui-ci à son fonctionnement cognitif comme s'il s'agissait d'un mécanisme programmé à l'identique chez tous les enfants. A force de distinguer les éléments les uns des autres pour comprendre un phénomène, la science peut conduire à une perception parcellaire voire faussée de la réalité.

L'exemple de l'étude scientifique du dessin de l'enfant introduit la problématique de la relation qu'entretient la science avec ses objets et plus précisément le lien entre la science médicale et son objet : le malade. Cette problématique semble à son paroxysme lorsqu'il s'agit d'un enfant malade. Les enjeux de la science médicale sont très forts lorsque le sujet malade est un enfant. Paroxysme émotionnel pour ce qui semble être le comble de l'injustice et de l'inacceptable : la maladie grave ou la mort d'un enfant. La question du détournement du moyen en fin devient cruellement d'actualité. Tous les moyens deviennent bons, tant qu'ils visent à guérir l'enfant et à le sauver. L'étude d'une démarche machiavélique menée un peu plus tôt, invitait déjà à repérer la porosité des limites de la transgression des règles morales pour servir des fins. La transgression s'opère dès lors que la médecine s'approprie le malade comme s'il s'agissait d'un attribut de la maladie à étudier. Une attribution qui s'exerce dans la continuité de l'objectif initial de l'esprit scientifique : la volonté de capturer le réel.

Une ambition qui écarte toutes autres considérations qui sembleraient sortir du champ de l'étude y compris et peut être plus particulièrement toutes celles qui concerneraient la légitimité des protestations de l'enfant vis-à-vis d'un réel qu'il éprouve douloureusement quand on tente de lui poser la sonde dans le nez. La meilleure manière d'éviter de répondre à toutes contestations de la part de l'enfant c'est probablement de lui dénier la faculté de se saisir lui aussi du réel. Pourtant l'enfant questionne également le réel dès son plus jeune âge.

Notons d'ailleurs l'évolution des questions que l'enfant pose. Dans un premier temps il demande : « Qu'est-ce que c'est ? » puis vient le temps des « pourquoi ? ». Il capture dans un premier temps le réel, il le nomme, cherche à le reconnaître, l'identifie, le rapproche de ce qui est déjà connu et ensuite il cherche à en comprendre le mystère en interrogeant son fonctionnement.

A partir de l'exemple du dessin de l'enfant nous cherchons à repérer en quoi la manière qu'a l'enfant de se saisir du réel et de l'interroger est potentiellement mal interprétée par l'univers de la science médicale. Une mauvaise interprétation qui remet indirectement en question la véracité même de sa perception du soin.

Après avoir mis en évidence de quelle façon la perception de l'enfant peut être éludée par les adultes, il semble falloir poursuivre notre étude en observant ce qui diffère entre l'enfant et l'adulte dans son mode de construction d'une idée.

Les savants en s'attribuant d'une certaine façon le monopole de la compréhension du réel négligent le fait que celle-ci naît d'une volonté commune et partagée avec l'enfant de capturer le réel, une capture à partir de laquelle s'établit l'idée que l'on se fait de l'objet réel.

Nous faisons l'hypothèse que la disposition d'esprit scientifique, cette tendance à figer le sujet pour l'étudier, influence le comportement de ceux qui soignent. En effet cet héritage ancien semble conformer les esprits de ceux dont l'exercice professionnel obéit aux règles de la science.

3. De la volonté partagée de capturer le réel

A l'origine de la démarche scientifique se trouve la volonté de l'homme d'appréhender par l'esprit la chose qui se présente à lui. Appréhender rationnellement le réel, voilà le défi que l'homme se lance à lui-même. Mais pour comprendre le réel, il faut au préalable, pouvoir le capturer. La nature des choses : changeante, mobile, parfois même invisible demande à ce que l'on puisse saisir sa réalité, la figer pour l'étudier et la caractériser.

Il est donc nécessaire que l'objet soit présenté donc perçu par l'esprit pour se le re-présenter, c'est-à-dire pour le rendre présent en pensée. Le verbe « représenter » signifie que l'on se fait une idée d'un objet mais il désigne aussi l'action de dessiner.

De la représentation à la construction de l'idée

La capacité à *représenter* un objet par le biais d'un dessin traduit la faculté de *se représenter* un objet en pensée. Une faculté commune à l'enfant et à l'adulte qui s'exprime lorsque chacun d'entre eux fait l'expérience de l'objet. Nous faisons donc l'hypothèse que la connaissance de l'objet dessiné trouve entre autre sa source dans l'expérience sensible.

D'autres questions surgissent cependant à l'évocation du sujet de la construction de la connaissance à partir de ce que notre perception nous donne à entendre. L'empreinte laissée dans l'esprit par la perception de l'objet est-elle authentique ?

La trace laissée dans l'esprit est-elle le reflet de la réalité ? L'idée de l'objet qui se forme à partir de ce que nous percevons n'est-elle pas corrompue à l'instant même où elle est filtrée par nos sens avant d'atteindre notre entendement ? Descartes questionnait déjà l'intervention de l'entendement pour corriger l'éventuelle fausseté des perceptions sensibles en prenant pour exemple la vue d'un bâton plongé dans l'eau qui par effet d'optique semble cassé mais que nous savons entier grâce à une sorte de rectification rationnelle. Cet exemple est particulièrement intéressant pour nous puisque Descartes argumente son point de vue en opposant la naïveté de l'enfant au jugement de l'adulte. Il présente implicitement la naïveté enfantine, comme un déficit d'entendement qui si elle n'est pas corrigée conduit à l'erreur de jugement.

« Quand donc on dit qu'un bâton paraît rompu dans l'eau, à cause de la réfraction, c'est de même que si l'on disait qu'il nous paraît d'une telle façon qu'un enfant jugerait de là qu'il est rompu, et qui fait aussi que, selon les préjugés auxquels nous sommes accoutumés dès notre enfance, nous jugeons la même chose.

[...] néanmoins cela ne suffit pas pour corriger l'erreur de la vue, mais outre cela il est besoin que nous ayons quelque raison, qui nous enseigne que nous devons en cette rencontre nous fier plutôt au jugement que nous faisons ensuite de

l'attouchement, qu'à celui où semble nous porter le sens de la vue ; laquelle raison n'ayant point été en nous dès notre enfance, ne peut être attribuée au sens, mais au seul entendement. »¹⁵²

L'entendement doit en quelque sorte être notre boussole face au sensible. Or le jugement se construit avec l'expérience nous dit Descartes, le statut de l'enfant inexpérimenté illustre cette démonstration. Cependant il est précisé ici que l'expérience ne suffit pas en soi, encore faut-il que le jugement soit guidé avec justesse. (L'allégorie platonicienne de la caverne disait déjà quelque chose du même ordre et nous explorerons le principe de cette métaphore au regard de notre questionnement au fil de ce travail.)

Nous apprenons ici qu'un défaut d'expérience grève le jugement mais que l'entendement doit aussi son exactitude à une juste orientation de l'interprétation du sensible. L'expérience n'est pas tout, elle doit être éclairée avec justesse.

Si l'interprétation empirique est faussée par une erreur de jugement alors peu importe d'être naïf ou expérimenté.

Nous retrouvons dans ce raisonnement, les protagonistes de notre questionnement : l'adulte et l'enfant. Certes l'enfant inexpérimenté peut manquer de jugement pour interpréter les perceptions sensibles qui l'assaillent au moment des soins, mais il semble aussi que si l'entendement du soignant (expérimenté) n'est pas dirigé avec justesse, il n'est pas non plus en mesure d'interpréter correctement l'expérience sensible.

Quelle différence existe-t-il alors entre un enfant qui manque d'expérience pour juger du sensible et l'adulte dont le jugement est erroné ? Et par ailleurs, dans quelle mesure le fait que l'enfant et l'adulte partagent à la fois la faculté de se représenter un objet et la faculté de se tromper, remet en question la suprématie systématique du raisonnement de l'adulte ? Il s'agit principalement de pointer l'empressement à généraliser et à systématiser la supériorité ou la validité de raisonnement de l'adulte sur celui de l'enfant. Un jugement d'adulte qui viendrait invalider la spontanéité de l'éprouvé de l'enfant. Un jugement qui disqualifierait la légitimité du point de vue de l'enfant.

¹⁵² Descartes, René, *Méditations métaphysiques*, Sixièmes Réponses aux Objections adressées aux Méditations métaphysiques, (IX, 235-VII, 435) Presses Universitaire de France, Paris, 1996, p.282.

En effet, il semble se jouer une confrontation qui soit de l'ordre du combat du pot de terre contre le pot de fer. Plus précisément, la confrontation semble inégale entre le raisonnement du soignant d'une part et l'éprouvé spontané de l'enfant. Il y a ici une confrontation de deux notions (raison et perception) qui n'appartiennent pas au même registre et nous avons conscience de l'ambiguïté de notre exposé à ce moment de son déroulement. Mais c'est précisément cette ambiguïté qui est questionnée dans le face à face de la construction de l'idée que chacun se fait d'un objet du réel. La justesse de l'interprétation du sensible semblerait conditionner celle de la validité de l'idée qui s'en dégage.

Et c'est là qu'apparaît à nos yeux, la fausse-trappe, dans laquelle il est possible de tomber en opposant la validité du raisonnement de l'adulte au jugement issu de l'expérience sensible de l'enfant. Le fait que ce jugement puisse être faussé par l'immaturation cognitive de l'enfant semble du même coup, annuler la réalité de ses perceptions et sa capacité à s'en faire une idée. Il y a dans l'analyse de l'adulte, une sorte de raccourci qui a pour conséquence de priver l'enfant de sa compétence propre à saisir le réel donc à dénier sa réalité. Et il nous semble que cette dénégation s'appuie justement sur le sentiment de monopole du raisonnement que l'adulte peut avoir vis-à-vis de l'enfant qu'il soigne.

Il nous faut poursuivre notre raisonnement pour vérifier en quoi la représentation de l'enfant peut valoir celle du soignant, même lorsque celle-ci semble à première vue erronée.

En premier lieu nous ressentons une gêne dans notre développement au sujet de la représentation qu'a l'enfant d'un objet car celle-ci ne peut pas être exactement assimilée au processus d'élaboration de l'idée.

Il faut distinguer entre la représentation de la chose et la fabrication de l'idée que l'on se fait de cette chose. En effet chacun s'entend sur le fait que l'enfant se représente les choses et cela après seulement quelques mois de vie, mais la construction de sa pensée c'est-à-dire l'avènement de l'idée dans l'esprit de l'enfant s'avère être un processus plus mystérieux et source de spéculations.

Le statut des idées de l'enfant et par conséquent leur légitimité semble être liés à la question de la construction de celle-ci. Les idées de l'enfant apparaissent à partir des impressions venues des sens, il se représente alors l'objet.

Mais le débat porte plutôt sur ce qui conditionne cette élaboration de l'idée de l'objet dans l'esprit. Les idées apparaissent-elles à l'esprit par le seul biais de l'expérience ou préexiste-t-il une faculté de l'entendement indépendante de l'expérience ? Le débat philosophique concerne plus précisément, et sans que cela n'ait été nommé de cette manière avant que John Locke ne le fasse, sur la question de l'*inné* et de l'*acquis*.

La source de la connaissance humaine est pour John Locke : l'expérience. Il s'applique dès le premier chapitre de son *Essai sur l'entendement humain* à convaincre le lecteur de l'absence de principes innés dans l'esprit de l'homme.

« Chapitre I. *Qu'il n'y a point de principes innés dans l'esprit de l'homme.*

[...]Si j'avais à faire à des lecteurs dégagés de tout préjugé je n'aurai pour les convaincre de la fausseté de cette supposition, qu'à leur montrer [...] que les hommes peuvent acquérir toutes les connaissances qu'ils ont, par le simple usage de leurs facultés naturelles, sans le recours d'aucune impression innée et qu'ils peuvent arriver à une entière certitude de certaines choses sans avoir besoin d'aucune de ces notions naturelles, ou de ces principes innés. »¹⁵³

Locke critique ici le postulat cartésien selon lequel, « le bon sens est la chose du monde la mieux partagée [...] »¹⁵⁴, ce qui correspond à une conception innée de la fabrication des idées.

Il y a chez l'homme une prédisposition à penser les choses, car il est fondamentalement un sujet pensant. Tandis que pour John Locke, seule l'expérience est à l'origine de la construction des idées.

« Supposons donc qu'au commencement l'Âme est ce qu'on appelle une *Table rase*, vide de tous caractères, sans aucune idée, quelle qu'elle soit. Comment vient-elle à recevoir des idées ? [...] à cela, je réponds en un mot, de l'Expérience : c'est là le fondement de toutes nos connaissances ; et c'est de là qu'elles tirent leur première origine. »¹⁵⁵

¹⁵³ Locke, John, *Essai philosophique concernant l'entendement humain*, (Amsterdam), 1735, chapitre I du Livre II, p.71.

¹⁵⁴ Descartes, René, *Discours de la méthode*, Les classiques de la philosophie, LGF, 2000, p.67.

¹⁵⁵ Locke, *Essai philosophique concernant l'entendement humain*, Edition P. Mortier, Amsterdam, 1735, chapitre I du Livre II, p.71.

A partir d'une « Table rase »

Le concept de *Table rase* (*tabula rasa*) repris par Locke pour illustrer son propos au sujet de l'expérience est ancien mais cette métaphore de la tablette de cire vierge sur laquelle s'inscrit la connaissance ne correspond pas toujours, chez les philosophes qui l'utilisent, à une conception d'une connaissance strictement acquise *a posteriori*.

Socrate dans son dialogue avec Théétète évoque un *bloc malléable de cire contenu dans l'âme* qui serait un don de la mère des Muses, Mémoire.¹⁵⁶ Le bloc de cire correspond à la mémoire, ce qui s'inscrit sur le bloc de cire, « *sous les : sensations et sous les pensées, est ce que nous voulons nous rappeler.* »¹⁵⁷ L'impression des choses sur le bloc de cire est de l'ordre de ce qui est mémorisé et ne concerne pas l'idéation en elle-même.

Aristote utilise également la métaphore de la tablette que l'on retrouve traduit par le terme : *feuille*, dans le *Traité de l'Âme* « Évidemment il en est ici comme d'un feuillet où il n'y a rien d'écrit en réalité, en entéléchie ; et c'est là le cas même de l'intelligence. »¹⁵⁸ A première vue, la lecture du chapitre IV du livre III du *Traité de l'Âme*, pourrait nous porter à croire qu'Aristote rejoint un point de vue purement empiriste. Si l'on considère l'intelligence comme une feuille vierge sur laquelle s'inscrit la connaissance, alors on pourrait conclure que l'intellect est seulement contemporain de l'expérience.

Mais justement Aristote se démarque des penseurs présocratiques et prend garde à ne pas confondre les facultés de sentir et de réfléchir. Cela lui permet, sans disqualifier la sensation, d'arguer de la spécificité et de la nécessité de la réflexion.

¹⁵⁶ Platon, *Platon : Œuvres complètes, Théétète*, 191-c, Paris, Flammarion, 2011, p.1951.

¹⁵⁷ *Ibid.* p.1952.

¹⁵⁸ Aristote, *Traité de l'âme*, Livre III, Chapitre IV, 430a, p.1029.

« § 1. 427a Comme, en définissant l'âme, on s'occupe surtout de deux facultés différentes, la locomotion et la pensée, jugement, sensibilité, on pourrait croire aussi que penser et réfléchir c'est une sorte de sensation. En effet, dans les deux cas, l'âme distingue et connaît toujours quelque chose; et les anciens n'ont pas hésité à croire que réfléchir et sentir c'était tout un. »¹⁵⁹

Puis un peu plus loin, au chapitre V du livre III ¹⁶⁰, Aristote distingue dans l'intelligence deux éléments essentiels comme dans toutes choses de la nature : la matière et la forme. La matière correspond à la partie passive de l'intelligence tandis que la forme ou la cause est la partie active de celle-ci.

« Il faut nécessairement que, dans l'âme aussi, se retrouvent ces différences Et c'est ainsi, qu'il y a, d'un côté, l'intelligence caractérisée par le fait qu'elle devient toutes choses, et, de l'autre celle qui se caractérise par le fait qu'elle produit toutes choses, comme une sorte d'état comparable à la lumière. [...] Et cette intelligence est séparée, sans mélange et impassible, puisqu'elle est substantiellement activité. »¹⁶¹

En distinguant l'intelligence passive ou en puissance, de l'intelligence active c'est à dire en acte, Aristote concède qu'il existe une faculté intellectuelle *a priori*, une intelligence en puissance qui se distingue de l'intelligence en acte. La feuille vierge ou *tabula rasa* d'Aristote n'est donc pas comparable au concept de John Locke qui est plus catégorique lorsqu'il affirme que tous les hommes « [...] peuvent arriver à une entière certitude de certaines choses sans avoir besoin d'aucune de ces notions naturelles, ou de ces principes innés. »¹⁶²

¹⁵⁹ *Ibid.* 427a, p.1023.

¹⁶⁰ *Ibid.* 431a, p.1031.

¹⁶¹ *Ibid.* 430a, p.1028.

¹⁶² Locke, *Essai philosophique concernant l'entendement humain*. Chapitre I du Livre II, p.71

Pourquoi la notion philosophique de *tabula rasa* est-elle intéressante pour nous qui interrogeons la reconnaissance de la compétence de l'enfant ? Il semble que les hommes de la science médicale, adhèrent implicitement à la théorie de la *tabula rasa* en ce qui concerne l'enfant au regard de leur manière d'appréhender les compétences de celui-ci.

Mais de quelle conception, de quel philosophe se rapprochent-ils ? Distinguent-ils à la manière d'Aristote, le sentir et le réfléchir ou sont-ils plutôt partisans de la représentation purement empiriste de Locke ? Et bien il semble que l'honnêteté voudrait-ici que nous disions ici notre incapacité à trancher sur ce point. Car il semble que ces conceptions fluctuent selon les personnes et les situations.

Ce qui semble être intéressant dans cette notion de *tabula rasa*, réside dans le fait qu'elle permet d'illustrer différentes représentations de la genèse de la construction d'une idée. Or la théorie de l'origine de l'idée que l'on se fait d'une chose, d'un événement, influence notre rapport à l'enfant qui est directement concerné par l'inauguration du processus de construction de l'idée.

Notons néanmoins que l'état des connaissances actuelles invite désormais à adopter un point de vue aristotélicien qui accorde à l'enfant une forme de prédisposition. Il est aujourd'hui admis que le bébé, le nourrisson dispose dès sa naissance d'un grand nombre de compétences, de facultés *a priori*, dissociées de l'expérience empirique. Des facultés qui seront exploitées et développées au gré des expériences empiriques mais qui préexistent. Une manière de reconnaître que l'esprit de l'enfant qui vient au monde n'est pas *stricto sensu* une tablette de cire vierge.

D'ailleurs Locke lui-même reconnaît a posteriori dans son *Traité sur l'éducation*, que chaque personne présente des particularités spécifiques, évoquant *les caractères qui marquent les esprits* des hommes, qui selon lui « [...], peuvent être légèrement amendés, mais qu'on ne saurait entièrement réformer et changer en caractères tout contraires. »¹⁶³

¹⁶³ Locke, John, *Quelques pensées sur l'éducation / John Locke ; traduction nouvelle, avec préface et commentaires, par Gabriel Compayré*, Hachette, Paris, 1904, p.75.

On peut y voir une certaine contradiction avec sa stricte conception empiriste initiale car s'il est admis que les enfants ont des prédispositions de caractères, il est alors possible qu'il existe aussi d'autres facultés *a priori*, et *a fortiori* celle de la construction des idées.

Du rassemblement des cogitations issues de la troisième partie du travail

Nous nous sommes attachés dans cette troisième partie du travail à observer les différences d'univers entre l'enfant et les soignants. Le constat que nous faisons de la difficulté à assumer le commerce des intersubjectivités qui peut aller jusqu'à une cécité empathique transitoire, s'enracine dans un conditionnement contraignant de la pensée des adultes. De quel conditionnement s'agit-il ?

Nous découvrons un clivage ancien et sociétal entre le monde de l'enfance et celui de l'adulte. Un clivage qui va bien au-delà de l'univers hospitalier, et du monde des soins prodigués aux enfants malades.

Les caractéristiques de l'enfant font historiquement l'objet d'une description par défaut. Il est communément décrit ce qui manque à l'enfant au regard des qualités dont disposent les adultes. Un parti-pris à l'origine d'une forme de disqualification des compétences de l'enfant. Le *logos* de l'*infans* est mis en cause. Ou pour le dire autrement le raisonnement est d'une certaine façon, invalidé par l'absence ou la faiblesse de l'accès au langage. Un raccourci délétère est établi entre l'*infans* qui est celui qui ne parle pas (qui ne dispose donc pas de la parole donc du *logos*) et la faiblesse du raisonnement (c'est-à-dire de la capacité à raisonner, traduite également par le terme *logos*). Cette piste nous amène vers un constat plus étonnant encore : celui de la disqualification de la perception que l'enfant peut avoir du réel. Puisque le raisonnement de l'enfant est invalide alors l'expression de sa perception s'en voit elle-même disqualifiée. Son surplus d'imagination et d'intuition semble altérer, non seulement son jugement mais également la validité de sa perception. Des explications qui semblaient importantes à apporter au regard du phénomène de la contention. Circonstances, qui nous avons pu le constater précédemment, nous rendent plus vulnérables, plus en position d'occulter le réel, plus sujets à l'erreur. Des circonstances qui conditionnent l'apparition d'une éventuelle cécité empathique.

La représentation dichotomique des compétences des enfants et de celles des adultes conduit à un clivage qui ourdit la survenue d'un rapport de force et fait le lit du phénomène de la contention avec tout ce qu'il engage.

Le débat que nous avons ébauché à propos des compétences de l'enfant est ancien et s'appuie largement autant sur des connaissances avérées que sur des opinions. L'état des connaissances dans ce domaine semble nécessairement voilé par des jugements dogmatiques, or ces conceptions ne sont pas sans influencer notre manière de nous comporter avec l'enfant. Il faut alors nécessairement étudier dans quelle mesure, les convictions épistémologiques concernant l'enfant masquent ses compétences. Plus précisément il s'agit de faire un état des lieux des capacités, compétences et potentialités dont l'enfant dispose et qui ont été voilées voire galvaudées de longue date. Facultés, que les adultes sont encore aujourd'hui amenés à dénier dans certaines circonstances (telles que celles des soins et de la contention).

Quatrième Partie : De ce que cachent les ombres épistémologiques



Tableau 4

« *La caverne de Platon* » Michel Coxcie, Huile sur bois.

Musée de la Chartreuse-Douai.

« [...] l'éducation n'est pas telle que la présentent certains de ceux qui s'en font les hérauts. Ils affirment, n'est-ce pas, que la connaissance n'est pas dans l'âme et qu'eux l'y introduisent, comme s'ils introduisaient la vision dans les yeux aveugles. »¹⁶⁴

¹⁶⁴ Platon, *Œuvres complètes: République VII*, Paris, Flammarion, 2011, 518b, p.1683.

Chapitre XI : Incidences des convictions épistémologiques sur les enfants

Les représentations théoriques à propos des facultés dont disposent *a priori* les enfants détermine des différences dans les conceptions éducatives selon que l'on considère l'esprit de l'enfant comme une matière sur laquelle l'expérience et l'éducation tracent les sillons de la connaissance ou qu'on lui prête des facultés *a priori*. Il y a là un questionnement philosophique déterminant quant au positionnement de l'adulte vis-à-vis de l'enfant. Ce positionnement concerne les parents, les pédagogues mais aussi les soignants qui s'adressent à un enfant.

1. A partir d'un déni de compétences

Des conséquences des débats à propos des prédispositions des enfants

Le comportement ainsi que la manière de s'adresser à un enfant varient probablement selon qu'on ait la conviction que tout est déterminé par l'expérience ou que l'on croit que l'enfant a des dispositions *a priori*.

On peut faire l'hypothèse que les partisans de la prévalence de l'expérience dans la construction des idées de l'enfant auront tendance à penser qu'en dehors d'une certaine expérience l'enfant ne peut se faire une idée des choses en dehors de l'éclairage de l'adulte, ce qui les conduit peut être à minimiser la valeur d'une idée émise par un enfant inexpérimenté. On pourrait presque imaginer dans l'invalidation de l'idée de l'enfant inexpérimenté, une forme de récusation de la conception platonicienne de l'Idée.

Notons par ailleurs la prudence dont fait preuve John Locke lorsqu'il conseille sur l'éducation des enfants car malgré sa conviction empiriste, il enjoint tout de même le lecteur à veiller au respect de la nature de l'enfant.

« Nous ne pouvons pas avoir la prétention de changer le naturel des enfants sans nous exposer à leur faire du tort [...] »¹⁶⁵ Il y a donc ce que nous pouvons apporter à l'enfant et ce que celui-ci apporte par lui-même, par conséquent il faut reconnaître à la fois une part d'acquis et d'innée. Cette part d'innée, *le naturel* de l'enfant, est indépendante des apports extérieurs, elle ne peut être changée nous dit Locke.

Elle appartient à la nature ou au caractère propre à chacun, ce qui implique par extension une pré-disposition or si celle-ci existe, c'est qu'il y a indubitablement une forme d'indépendance dans la construction de la pensée. Reconnaître la part d'autonomie de l'enfant dans le processus de fabrication des idées invite donc à modifier la manière dont on l'aborde.

D'une mauvaise impression

Effectivement, la différence de conceptions épistémologique a des conséquences sur la manière d'accueillir et de considérer l'idée formulée par un enfant à propos d'un sujet dont il n'a pas l'expérience. Par exemple lorsque l'enfant se fait une idée de la sonde naso gastrique différente de celle de l'adulte.

La représentation qu'il a de cet objet ne correspond pas à celle du soignant, il n'en a pas la même idée, pourtant ils voient tous deux le même objet. L'idée de l'enfant est-elle le produit d'une erreur de raisonnement qu'un doute méthodique cartésien pourrait corriger ou plutôt une *mauvaise-impression*, un défaut d'expérience qui invalide l'idée ?

Certes l'impression sensible est source de connaissance, or si l'*expérience* est considérée comme la seule origine épistémologique de l'objet, alors le déficit d'expérience pourrait invalider l'idée que l'on a d'un objet. L'enfant ne connaît pas la sonde en tant qu'objet médical, il l'associe à d'autres éléments tirés de son expérience empirique. L'objet qui s'approche et qui cherche à faire effraction est associé à un objet potentiellement nuisible.

¹⁶⁵ Locke, *Quelques pensées sur l'éducation / John Locke ; traduction nouvelle, avec préface et commentaires, par Gabriel Compayré.* p.75.

Pourtant la sonde n'est pas *a priori* un objet menaçant comme semble le croire l'enfant mais un objet pour le soigner mais ce constat ne peut être fait qu'*a posteriori*, lorsque l'on connaît déjà la fonction de la sonde.

Mais l'enfant ne connaît pas cet objet ni son utilité, ce qui nous conduit à nous demander si en l'absence d'expérience, l'idée de l'enfant ne serait pas une *idée fausse* voire même une *fausse idée* ? Il s'agirait alors d'une idée qui ne serait pas une véritable idée, une sorte de chimère déguisée. Une idée chimérique n'en est pas moins une idée, sauf dans le cas où il s'agit d'une Idée ¹⁶⁶ telle que la définit Platon, car cette dernière ne peut être chimérique puisqu'elle exprime la forme que seul l'intelligible est en mesure de saisir, abstraction faite de tout élément sensible.

En dehors d'une conception platonicienne nul ne peut donc dénier, le fait que l'enfant a fabriqué cette idée. L'objet a pris forme dans sa pensée, la perception de l'objet « sonde » est réelle, et force est de constater que l'enfant fait surgir de cet objet bien d'autre chose que l'objet en lui-même. La représentation unique qu'il en a, résulte d'une synthèse d'éléments qu'il rassemble pour se représenter la chose. L'image de l'objet n'est pas simplement reçue, elle est *réfléchie*.

De la souplesse de l'idée à l'aperception

L'idée de l'image se courbe, se replie et revient à la pensée. La rétine de l'œil est frappée par la vue de la sonde, celle-ci apparaît à l'esprit, peut être sous la forme de l'idée d'un *tuyau* mais cette première image poursuit son chemin, elle repart vers d'autres pensées, d'autres idées qui s'associent. L'idée du tuyau rencontre la vue de la main qui s'approche du visage. Un souvenir s'avance peut être alors, celui d'une effraction précédente, la mémoire d'un moment douloureux. L'idée de l'image de la sonde n'est donc pas figée mais souple, suffisamment pour se recourber, se tordre et réapparaître sous un jour nouveau.

¹⁶⁶ Platon, *Timée*, 52a-52b, p.2010.

L'Idée comme objet de contemplation de l'intellection : « [...] Il faut convenir qu'il y a une première espèce : la forme intelligible, qui reste la même, qui est inengendrée et indestructible, qui ne reçoit pas autre chose venant d'ailleurs en elle-même et qui en elle-même n'entre en aucune autre chose où que ce soit, qui est invisible et ne peut être perçue par un autre sens, voilà ce qui a été attribué comme objet de contemplation à l'intellection. »

L'idée rebondit et revient sous un nouveau jour, l'image du tuyau s'est transformée. L'idée qui se reflète dans l'esprit de l'enfant épouse en quelques sortes la plasticité de son cerveau. Le cortex présentant des facultés extraordinaires de connections, sa malléabilité conditionne ses potentialités. L'image d'un objet rebondit dans la pensée par la magie d'un fonctionnement cortical dont les dispositions conduisent à connaître et à reconnaître d'une manière à la fois commune et singulière. L'idée ne fait pas seulement qu'imprimer l'esprit telle une empreinte sur un bloc de cire, elle fait aussi un aller-retour dans la pensée. L'apparition de l'objet anime l'esprit de l'enfant, qui se met en mouvement, revient à soi et allume le sentiment qui accompagne l'image de la sonde. L'idée s'accompagne de la conscience de l'idée car l'enfant ressent à l'intérieur de lui ce que l'idée de la sonde fait apparaître.

La perception de l'objet apparaît donc dans la conscience de l'enfant. L'enfant n'a pas seulement la perception de l'objet, il a conscience de sa perception. Cela semble se rapprocher de ce que Leibniz nomme l'*aperception*.

« § 12. Ainsi il est bon de faire distinction entre la *Perception* qui est l'état intérieur de la Monade représentant les choses externes, et l'*Aperception* qui est la *Conscience*, ou la connaissance réflexive de cet état intérieur, [...]»¹⁶⁷

Cette conscience n'est pas donnée à tous, seuls les esprits « [...] capables de faire des actes réflexifs, et de considérer ce qu'on appelle Moi, Substance, Ame, Esprit ; en un mot, les choses et les vérités immatérielles. Et c'est ce qui nous rend susceptibles des sciences ou des connaissances démonstratives...»¹⁶⁸

Chaque homme est potentiellement susceptible d'abstraction, c'est-à-dire de saisir des *vérités immatérielles*, cette capacité est selon Leibniz la condition de la conscience de la perception, ce qu'il nomme l'*Aperception*. La conscience d'une perception est donc nécessairement liée à l'entendement.

¹⁶⁷ Leibniz, Gottfried-Wilhelm, *Principes de la Nature et de la Grâce. Monadologie : Et autres textes, 1703-1716*, Paris, Flammarion, 1999. [4], p. 225.

¹⁶⁸ *Ibid.* [5], p.227.

Descartes avait une définition de l'*idée* proche de la définition leibnizienne de l'*aperception*.

« 58. II. Par le nom d'*idée*, j'entends cette forme de chacune de nos pensées par la perception immédiate de laquelle nous avons connaissance de ces mêmes pensées. »¹⁶⁹

On retrouve dans la définition cartésienne, la notion de connaissance réflexive. Or la faculté réflexive et la connaissance démonstrative distinguent l'homme de l'animal. S'il est utile de distinguer l'homme de l'animal c'est qu'il existe des points communs entre eux.

Les comportements de fuite ou de défiance vis-à-vis d'un objet jugé dangereux, la perception d'un danger appartient autant à l'homme qu'à l'animal. Leibniz prend pour exemple le chien qui fuit le bâton qui l'a frappé. Il y a effectivement chez l'animal la capacité de garder en mémoire des perceptions et c'est ce qui permet au chien de fuir le bâton. Lorsque l'enfant manifeste son émotion à la vue de la sonde, sa réaction s'apparente à une même manifestation empirique. Les antécédents, les examens précédents ont sans doute marqué la mémoire de l'enfant et déclenchent sa méfiance, expliquant sa tentative de retrait.

Pourtant la réaction de l'enfant ne se réduit pas à sa capacité à relier les perceptions, car ce serait occulter le fait qu'il est aussi capable de compétences réflexives. Or s'il est capable de réflexion et de déductions logiques alors il dispose d'un *esprit*, au sens leibnizien, et cela même le fait accéder à la faculté d'*aperception*.

La perception de la sonde le conduit d'une certaine manière à connaître son état intérieur. A la vue de la sonde, il s'aperçoit d'un changement intérieur. Il y a un sentiment qui se dégage de l'idée qu'il se fait de l'objet qu'il peut se rapprocher de la faculté d'*aperception* leibnizienne.

¹⁶⁹ Descartes, René, *Œuvres philosophiques de Descartes, pub. D'après les textes originaux avec notices, sommaires et éclaircissements*, Réponse aux secondes objections. L. Hachette, 1834, p. 75.

Certes celle-ci ne s'exerce pas chez tous les hommes ou à tout moment néanmoins il faut conclure à son caractère essentiel chez l'homme puisqu'elle est reliée à la possibilité de connaître les causes, faculté propre aux êtres doués de raison. L'évocation de la faculté d'*aperception*, conforte la conception de l'innéité de la construction de la connaissance.

Si la faculté réflexive de la perception existe en puissance chez l'homme potentiellement *capable* de raisonnements abstrait et logique alors c'est qu'on lui prête une compétence *a priori* de se saisir de la perception, et d'en avoir conscience. Ce qui est donné en premier lieu c'est l'esprit. L'*âme* a la primauté sur l'expérience, elle fait la synthèse des perceptions et des raisonnements ; voilà la réponse que fait Leibniz à Locke. « Or l'âme renferme l'être, la substance, l'un, le même, la cause, la perception, le raisonnement, et quantité d'autres notions que les sens ne sauraient donner. »¹⁷⁰

Voilà la réponse qui pourrait être faite à ceux qui disqualifient par principe le raisonnement de l'enfant, arguant de son immaturité. Le raisonnement du jeune enfant qui identifie la sonde comme néfaste est à considérer dans son caractère essentiel. Reprenant le principe leibnizien du caractère ontologique de l'âme qui détermine la possibilité du raisonnement. L'impression laissée par une sensation elle-même à l'origine d'une idée semble donc devoir être accueillie, pour ce qu'elle est : l'expression de la faculté de penser les choses. Descartes arguait déjà de cette réalité objective des idées dans ses réponses aux secondes objections.

« (59) III. *Par la réalité objective d'une idée*, j'entends l'entité ou l'être de la chose représentée par cette idée, en tant que cette entité est dans l'idée ; [...] Car tout ce que nous concevons comme étant dans les objets des idées, tout cela est objectivement ou par représentations dans les idées mêmes. »¹⁷¹

La faculté de fabriquer une idée prévaut sur le contenu de celle-ci pour argumenter la recevabilité de l'idée de l'enfant.

Confondre la nature de l'idée avec son exactitude risquerait en effet d'occulter la faculté *ontologique* ou *innée* de connaissance dont dispose l'enfant.

¹⁷⁰ Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*.p.88.

¹⁷¹ Descartes, *Œuvres philosophiques de Descartes, pub. D'après les textes originaux avec notices, sommaires et éclaircissements*.

Cette possibilité définie par Leibniz, comme l'*aperception*, est à relier à une faculté considérée comme *transcendantale*, c'est-à-dire comme une condition de possibilité de la raison.

De l'aperception à l'esthétique transcendantale

Revenons quelques instants sur l'exemple du cheval dessiné par l'enfant, afin d'éclaircir notre propos. Notre but étant d'éclairer ce qui peut relier l'*aperception* de l'enfant à sa faculté d'unifier *a priori* sa pensée autour de l'idée originale qu'il a de la sonde. Originale peut ici se lire dans les deux acceptions : une idée à l'origine de la pensée de l'enfant et aussi une idée inédite, que n'aurait pas l'adulte qui a l'expérience de la sonde. Tout cela dans l'espoir de faire valoir le fait que la faculté de *se* représenter un objet est universelle et donc qu'elle appartient autant à l'enfant qu'à l'adulte.

Toute chose étant égale par ailleurs, l'enfant qui dessine, tente lui aussi de reproduire le réel. Sa *sensibilité*, lui offre une *représentation* de la chose. La *sensibilité* et la *représentation*, sont à entendre dans leur acception kantienne. Nous choisissons de nous référer ici au vocabulaire kantien car la progression de la théorie d'Emmanuel Kant au sujet de la connaissance humaine aide notre cheminement. Tout comme Leibniz, Kant reconnaît l'importance de ce qu'il nomme la *réceptivité*, « *capacité de recevoir des représentations grâce à la manière dont nous sommes affectés par les objets se nomme sensibilité* »¹⁷².

L'esthétique est ce qui vient du sensible, et correspond à la faculté initiale de recevoir les intuitions empiriques. Plus encore que l'adulte, l'enfant est particulièrement affecté par ce qu'il reçoit de sa sensibilité car au début de son existence, son accès à la connaissance du monde qui l'entoure est par définition empirique. L'enfant est assailli dans un premier temps par les objets qui affectent sa sensibilité : ce qu'il sent, ce qu'il touche, ce qu'il entend et ce qu'il voit. Il exerce peu à peu une *synthèse* de ses perceptions, il unifie ce qu'il perçoit en rapprochant les connaissances qu'il a déjà, de l'objet qu'il voit ou qu'il a déjà vu.

¹⁷² Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pure*, PUF, Paris, 2012, p.53.

L'objet « sonde » n'est sans doute pas reconnu exactement comme tel mais assimilé à une idée qui s'approche d'un déjà vu. Il s'agit ici, d'une synthèse qui réunit la vue de l'objet qui s'approche dangereusement, la sensation de l'entrave des mouvements et un sentiment d'alerte qui conduit à l'idée d'une menace. La *sensibilité* apporte la vision de l'objet qui est *représenté* dans l'esprit.

« La théorie transcendantale de la sensibilité doit former la *première* partie de la science des éléments, puisque les conditions sous lesquelles seuls sont donnés les objets de la connaissance humaine, précèdent celles sous lesquelles ces mêmes objets sont pensés. »¹⁷³

Kant place la *sensibilité* comme la faculté nécessaire à toute forme de connaissance mais au-delà de celle-ci se trouve la *sensibilité a priori*. En effet l'espace et le temps échappent à une quelconque mise en forme intellectuelle. Les représentations que nous avons de l'espace et du temps existent en nous, ce ne sont pas des *concepts empiriques dérivés d'expériences extérieures*.¹⁷⁴ .

Ces représentations servent de fondement à toutes formes d'entendement. Or l'enfant ou l'adulte qui dessine, illustre d'une certaine manière ce postulat. L'acte de dessiner témoigne d'une réceptivité certes empirique mais aussi *a priori* puisqu'il s'agit de reproduire une chose perçue à l'extérieur de soi par l'abstraction et que cette opération nécessite d'avoir l'intuition de l'espace et du temps puisqu'elle projette la représentation ailleurs et après qu'elle se soit produite.

Le dessin de l'homme et celui de l'enfant, semblent mettre en branle les mêmes facultés. La critique de la raison pure kantienne, tend à démontrer l'universalité de ces facultés. En définissant la faculté de sensations *a priori* comme transcendantale, c'est-à-dire qui s'élève au-delà de ce qui est ressenti empiriquement, il en fait une faculté universelle et dépasse ainsi l'argumentaire leibnizien.

¹⁷³ Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pure*, PUF, Paris, 2012, p.49.

¹⁷⁴ *Ibid.* p.55-61.

En effet, Kant ne fait pas de clivage entre les sensations et l'entendement, il réfute la distinction logique faite par Leibniz entre le sensible et l'intellectuel.

« La philosophie de Leibniz et de Wolf a donc assigné à toutes les recherches sur la nature et sur l'origine de notre connaissance un point de vue tout à fait faux, en ne considérant la différence qu'il y a entre le sensible et l'intellectuel que comme une différence logique, alors qu'elle est manifestement transcendante [...], et dès que nous faisons abstraction de notre constitution subjective, l'objet représenté avec les propriétés que lui attribuait l'intuition sensible, ne se trouve plus ni ne peut plus se trouver nulle part, puisque c'est précisément cette même condition subjective qui détermine la forme de cet objet comme phénomène. »¹⁷⁵

La condition subjective de celui perçoit un objet est justement la condition de l'apparition de celui-ci en tant que phénomène. La combinaison de l'intuition sensible et de l'intellection rend possible la connaissance de l'objet cependant cette dernière demeure le fruit d'une disposition transcendante. L'esthétique transcendante fonde une hypothèse universelle selon laquelle tout homme, qu'il soit instruit ou non, qu'il soit âgé ou jeune, adulte ou enfant dispose d'entendement. Si la raison est *a priori* et universelle alors cela donne à entendre que l'enfant a les mêmes facultés *a priori* que celles des adultes.

2. D'une connaissance subjective équivalente

Il nous faut néanmoins rappeler ici, un élément primordial, rappeler le fait que le soignant et l'enfant ne sont strictement pas affectés de la même manière par la contention. La façon de se représenter la contention, de la connaître, la manière d'accueillir celle-ci, ce que Kant appelle *la sensibilité*, est distincte de la connaissance de l'objet en lui-même. L'enfant est affecté par la contention très différemment que l'adulte et la manière d'intuitionner la contention dans ces circonstances varient nécessairement.

¹⁷⁵ *Ibid.* p.69.

Impossible de faire abstraction de cette condition subjective. Si cette perception n'a d'existence qu'en sa qualité de phénomène alors nous sommes invités à admettre d'une certaine façon, l'égalité des perceptions de la nature des choses entre l'enfant et l'adulte. En effet il semble que tant l'enfant que le soignant s'en tiennent au phénomène en ce qui concerne la contention.

De la distinction du phénomène et de la chose en soi

La contention *en soi* ne doit pas être confondue avec la contention en tant que phénomène et ce d'autant moins que nous cherchons à explorer celui-ci selon les points de vue subjectifs des différents protagonistes. La *représentation* que l'on se fait de la contention *dans l'intuition* ne contient rien qui puisse appartenir à l'objet contention en tant que tel. Et si l'on s'en tient aux propositions kantienne on peut considérer qu'« [...] elle renferme simplement la manifestation de quelque chose et la manière dont nous en sommes affectés. »¹⁷⁶

Or l'intuition empirique de l'adulte n'est ni plus exacte ni plus vraie que celle de l'enfant puisque finalement aucun des deux ne s'approche de la connaissance de l'objet en soi. Tous deux *intuitionnent* le phénomène de la contention « [...] qui a une valeur générale pour tout sens humain de ce qui leur arrive »¹⁷⁷ pourtant cette espèce de connaissance ne permet pourtant pas de connaître l'objet en soi.

Croire qu'il est possible de distinguer l'objet en soi du phénomène est un leurre car à l'instant où nous présumons nous représenter un objet au regard de sa valeur générale, admise par tous, cette représentation demeure subjective et empirique.

« [...] notre distinction transcendantale s'évanouit et nous croyons connaître des choses des choses en soi alors que, même dans nos plus profondes recherches des objets (du monde sensible), nous n'avons jamais à faire qu'à des phénomènes. »¹⁷⁸

¹⁷⁶ *Ibid.* p.69.

¹⁷⁷ *Ibid.* p.69.

¹⁷⁸ *Ibid.* p.70.

La distinction kantienne entre la chose en soi et le phénomène ramène notre étude à un caractère obligatoirement phénoménologique. IL est d'autant plus important de signaler cette nécessaire orientation qu'il existe une forme de méprise autour du phénomène de la contention de l'enfant.

La confusion vient du fait que contrairement à l'enfant l'adulte a hypothétiquement la conviction de connaître les choses en soi car il accède à un raisonnement logique. Or c'est le rapport de la représentation à l'objet qui est transcendantale et non la connaissance de l'objet en soi car celle-ci échappe par définition à tout entendement. Ce rapport de la représentation à l'objet est donc vrai pour chaque personne qui est placée face à un phénomène. Celui-ci varie certes selon les connaissances empiriques et la perspective d'observation.

Notre propos est bien de mettre en perspective un phénomène dont la perception est aléatoire selon de quel côté on se place, selon celui qui contient ou selon celui qui subit cette contention physique.

De la représentation aléatoire d'un phénomène

L'illustration des capacités de l'enfant est ancillaire à l'argumentaire destiné à réhabiliter la légitimité des réactions de celui-ci. En effet ce chapitre explore le postulat selon lequel l'enfant serait privé des capacités de jugement nécessaires pour décider, légitimant ainsi l'absence de considération des adultes du refus de l'enfant et par voie de conséquence, l'usage de la force. Il s'avère que dans certain cas, la différence de raisonnement constatée, à juste titre, entre un adulte et un enfant entraîne une disqualification élargie des compétences de l'enfant.

Au-delà de son raisonnement, il semble même que ce soient ses perceptions qui sont discréditées. Il est important d'explorer plus avant ce qui se passe lorsque l'enfant ou l'adulte est saisi par l'événement « contention » puis comment il se saisit mentalement de celui-ci. Le mode de capture du réel est interrogé afin de mieux cerner la problématique de l'enfant contenu de force pendant le soin.

Que perçoit l'enfant ? Que perçoit l'adulte ? La perception de cette réalité est-elle différente entre l'un et l'autre simplement parce qu'il s'agit de deux individus distincts ou celle-ci est-elle à mettre sur le compte de l'écart entre l'enfant et l'adulte ? Qu'est ce qui crée la différence ? N'est-ce pas la manière d'interpréter le réel qui diffère ? Si l'on retient cette hypothèse alors il s'agit de comprendre comment l'enfant s'empare de la réalité et de quelle manière il se saisit de la chose qui est à penser.

L'être humain, grand ou petit, reçoit le monde par le biais de ses sensations, il le perçoit. Les sensations venues de l'extérieur, le traversent, passent à travers lui et lui livrent des intuitions qui demandent à être saisies soit spontanément soit secondairement.

L'intuition donne le contenu de la représentation de l'objet, initialement saisi par la réceptivité. La représentation fait le lien entre le divers et le général. L'action de la représentation n'affecte pas les sensations reçues mais elle les convertit. L'assemblage de la diversité des informations sensibles reçues, donne une représentation qui apparaît à l'esprit. La construction de la connaissance à partir d'un objet du réel s'élabore donc en fonction de représentations propre à chacun.

De la représentation à la nature des choses

La représentation se traduit en allemand par *Vorstellung* ce qui signifie placé devant : *vor-stellung*, mais cette présentation devant soi n'est possible que par l'opération de *l'entendement* qui transforme ce que *l'intuition* propose, en *concepts*.

« Ainsi, c'est au moyen de la sensibilité que les objets nous sont donnés, et elle seule nous fournit des intuitions ; mais c'est par l'entendement qu'ils sont pensés, et c'est de lui que sortent les concepts. »¹⁷⁹

La sensibilité de l'enfant lui donne l'objet : la vue de la sonde qui s'approche, et lui fournit une intuition de ce qu'il voit, de ce qu'il sent.

¹⁷⁹ Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pure*, p.53..

Il place devant lui cette intuition qui va ensuite se décliner en un concept. Le concept traduit le terme allemand de « *Begriff* ». L'action qui lui correspond est « *begreifen* » qui signifie : *saisir*. Le concept est ce qui saisit le réel. L'enfant s'est saisi de l'objet qu'il dessine, mais c'est aussi en le représentant sur la feuille qu'il concrétise cette capture. L'objet capturé devient un objet pour soi. La capture implique la possession. Posséder veut dire avoir quelque chose à soi, et avoir quelque chose à l'esprit définit la pensée.

L'entendement pense l'objet. Chacun dispose *a priori* de la possibilité de penser, l'entendement est donc partagé par tous. La faculté de l'entendement tout en étant universelle et aussi propre à chacun. La saisie du réel sous la forme d'un concept passe nécessairement par le filtre de la subjectivité de l'esprit. L'objet existe en nous à travers notre esprit.

En ce qui concerne la chose elle-même, sa nature demeure selon Kant impossible à connaître véritablement car la seule chose qu'il soit possible de connaître correspond à notre mode de perception de l'objet, mais « [...], la nature des objets en eux-mêmes abstraction faite de toute cette réceptivité de notre sensibilité, elle nous demeure totalement inconnue. »¹⁸⁰ Ce que nous pouvons connaître c'est la représentation que nous avons de l'objet mais pas l'objet en soi. L'adulte et l'enfant connaissent l'objet comme représentation et non comme objet en soi. Par conséquent lorsque le soignant croit mieux connaître l'objet que l'enfant, qu'il considère sa connaissance de cet objet comme plus exacte, arguant de son savoir scientifique, il se fourvoie. En effet, l'adulte au même titre que l'enfant ne connaît l'objet que de ce qu'il en perçoit.

L'enfant est capable de nommer un objet, de le dessiner mais celui-ci n'est objet que par le biais de la représentation que nous nous en faisons. Il n'est pas forcément capable de nommer la sonde et pourtant il se la représente. Car l'esprit se représente l'objet *a priori* et n'a pas forcément besoin d'en avoir déjà fait l'expérience à proprement parler. Il y a une distinction à faire entre ce qu'est l'objet en soi et la façon dont on se saisit de cet objet. L'adulte et l'enfant se représentent la chose, mettent celle-ci en forme selon un processus identique, même s'ils ne parviennent pas à la même conclusion.

¹⁸⁰ *Ibid*, p.68.

Ils disposent tous deux de la faculté de percevoir et ils semblent animés du même souci ontologique : se saisir du réel. Comme si la nature de l'homme le conduisait à vouloir saisir la nature. Mais lorsque l'homme croit saisir la nature de la chose parce qu'il en saisit la forme alors il risque de confondre connaissance de la nature de la chose en soi et connaissance du phénomène produit par celui-ci.

Il risque de faire disparaître ce que Kant nomme la *distinction transcendantale*. La différence entre le sensible et l'intellectuel n'est pas comme le reproche Kant à Leibniz de nature logique mais elle est transcendantale. Kant marque une distinction majeure entre la chose en soi et le phénomène.

Si cette distinction n'est pas attribuée à la logique et qu'elle appartient à une condition *a priori* alors cela étaye d'une certaine manière l'argumentaire en faveur d'une égalité entre l'enfant et l'adulte. L'expérience, le savoir et l'instruction n'amènent pas à la connaissance de la chose en soi mais aident à approcher le phénomène qui s'y rapporte.

Mais contrairement à l'enfant naïf, l'adulte qui détient du savoir peut avoir tendance à croire qu'il a la connaissance de la chose en soi, parce qu'il use de sa logique et qu'il applique à l'étude de la réalité une grille de lecture établie à partir d'éléments scientifiques. A force de recherches et d'études, le savant, l'adulte organise sa connaissance et classe les éléments du réel qu'il collige attentivement. Cette application à étiqueter les objets de son univers donne au savant non seulement l'illusion de connaître les choses mais aussi d'avoir le monopole de cette connaissance.

La savoir scientifique obsédé par la volonté de cataloguer les éléments constitutifs de l'objet étudié est comme aveuglé. Il devient incapable d'imaginer que l'objet de son étude puisse donner lieu à d'autres représentations en dehors de son propre champ conceptuel. On pourrait dire en quelque sorte qu'une fois ce cadastrage établi, tout ce qui correspond pas à la mise en forme rationnelle est écarté.

D'un catalogue de représentations

Se représenter les choses, par le biais d'une grille de lecture scientifiquement établie, fait perdre aux objets leur caractère ontologique, car ils sont réduits à leurs caractéristiques. Or ces dernières ne disent rien de rien de l'objet en soi, elles ne témoignent que d'une certaine manière de percevoir un phénomène.

Certes cataloguer les composantes d'un objet permet d'approcher d'une certaine façon la connaissance rationnelle de celui-ci, mais cela ne doit pas pour autant disqualifier d'autres modes de perception.

En effet il semble que la volonté de connaître scientifiquement un objet conduit à une méprise sur la nature de nos connaissances. Une méprise qui introduit aussi une sorte de mépris à l'égard des perceptions qui sortent du champ scientifique. Rappelons que bien que scientifique la connaissance se borne au phénomène, or la compréhension du phénomène est par nature subjective. Même en réduisant au maximum la nature subjective de nos connaissances, en objectivant scientifiquement la chose étudiée, il n'en demeure pas moins que ce qui se présente à nous relève toujours du phénomène.

Le retour à l'étude du phénomène en lui-même et le refus de cataloguer trop hâtivement des éléments du réel en les enfermant dans des cadres réducteurs suit la logique kantienne qui indique que la connaissance n'approche que les phénomènes.

Ces derniers doivent donc servir de points de départ à l'étude, en particulier lorsque celle-ci porte sur l'être humain et son comportement, afin d'éviter toute confusion entre ce qui nous est donné de connaître et de ce qui est au-delà de ce que nous pouvons réellement connaître : la chose en soi.

L'interprétation des dessins d'enfants illustre le risque de glissement d'une étude d'un phénomène vers la conviction d'avoir découvert une vérité en soi. Le courant phénoménologique fait la critique de ce dérapage épistémologique en invitant à revenir aux choses mêmes.

3. Critique de la conversion des perceptions en faits scientifiques

La phénoménologie cherche à éviter cet écueil en revenant « aux choses mêmes »¹⁸¹ (*Zum sache selbst*), comme nous y invite Husserl. Merleau-Ponty dans les pas de celui-ci s'efforce de revenir à la description du réel en s'appuyant sur l'expérience vécue.

Merleau-Ponty reprend la consigne d'Husserl pour justifier sa démarche quant à l'étude du développement de l'enfant. La priorité est donnée à la description du phénomène, il s'agit de s'attacher à *la chose même* et non à son interprétation hâtive. Il met en évidence la nécessité d'ouvrir la pensée pour comprendre un phénomène pour éviter que celui-ci ne se réduise à un simple objet d'étude scientifique.

D'une catégorisation à un carcan réducteur

Par voie de conséquence il fait la critique de l'étude scientifique qui catégorise et enferme la pensée dans un carcan qui interdit de penser le phénomène dans sa globalité. Car l'intégralité d'un phénomène en lien avec le vivant échappe par définition à la catégorisation puisqu'il forme un tout.

« Il s'agit de décrire et non pas d'expliquer ni d'analyser. Cette première consigne que Husserl donnait à la phénoménologie commençante d'être une « psychologie descriptive », ou de revenir « aux choses mêmes », c'est d'abord le désaveu de la science. Je ne suis pas le résultat ou l'entrecroisement de multiples causalités qui déterminent mon corps ou mon « psychisme », je ne puis pas me penser comme une partie du monde, comme le simple objet de la biologie, de la psychologie et de la sociologie, ni fermer sur moi l'univers de la science. [...]

Je ne suis non pas un « être vivant » ou même un « homme » ou même une « conscience », avec tous les caractères que la zoologie, l'anatomie sociale ou la psychologie inductive reconnaissent à ces produits de la nature ou de l'histoire,

¹⁸¹ Husserl, *Premières Recherches logiques*, [Date 1^{ère} parution 1900-01], Paris, PUF, 1990, p.171.

- je suis la source absolue, mon existence ne vient pas de mes antécédents, de mon entourage physique et social, elle va vers eux et les soutient. »¹⁸²

Il s'agit de ne pas confondre les caractéristiques de la personne avec ce qu'elle *est* ontologiquement. L'*être* en soi est à l'origine des manifestations qui le caractérisent et non l'inverse. Le risque d'inverser l'ordre des choses, c'est-à-dire de ne plus considérer l'être comme à l'origine de ce qui le fonde, peut conduire à une réduction ontologique dangereuse.

Merleau-Ponty en refusant l'idée d'être le résultat ou l'entrecroisement de multiples causalités qui déterminent le corps ou le psychisme, réfute les idéologies positivistes, dont découle, entre autres, le déterminisme comportemental, tel qu'on le retrouve dans le behaviorisme¹⁸³.

Ces théories placent leur sujet d'étude : le comportement, face à eux, ils le dissèquent, pour en percer les secrets, déniaient la part irréductible de mystère propre à l'Être.

Par ailleurs, la volonté de fonder à tout prix chaque phénomène en tant qu'élément scientifique conduit à le dénaturer. Merleau-Ponty dénonce ainsi la confusion entre l'objet d'étude de la science et l'existence propre de l'objet. Selon lui la science n'est que l'expression du vécu, elle n'en est pas la source. La science ne fait que refléter l'image de l'objet étudié, elle est, autrement dit, l'écho de sa réalité mais n'en constitue pas son essence.

¹⁸² Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Avant-Propos, Tel Gallimard, 1945, p.8.

¹⁸³ Le behaviorisme est une conception de la psychologie comme science. Brièvement formulé il pose que la psychologie, pour être une science incontestée telle que la physique ou la physiologie, ne peut et ne doit, avoir d'autre objet que le comportement (*behavior*) de l'homme et de l'animal(...). Il évince de la psychologie dans la mesure où celle-ci prétend à la dignité scientifique, l'objet que l'étymologie et la tradition lui ont assigné et qui s'est déguisé sous des noms variés d'âme, de conscience, d'esprit, d'états, fonctions, faits, phénomènes psychiques ou mentaux, de vie intérieure, etc. Et cet objet, il le remplace par le comportement. Andre, Tilquin, *Le behaviorisme, origine et développement de la psychologie de reaction en Amérique*, Librairie Philosophique J. Vrin, 1950.

Ce que l'on voit du développement de l'enfant, la description scientifique ou la catégorisation que l'on peut en faire, en référence aux stades de Piaget, n'est que le reflet partiel de l'expérience d'un enfant.

Or, selon Merleau-Ponty, l'expérience n'est comprise qu'à travers le prisme de la perception. La perception du petit garçon, à qui on cherche à poser une sonde naso-gastrique, n'est pas seulement le résultat d'une opération cognitive déterminée par son stade de développement.

Chapitre XII : De l'indiscutable perception enfantine

La perception de ce petit garçon est entière et réelle, quel que soit, et peu importe finalement, le processus d'analyse ou le stade cognitif qui lui correspond. Elle ne reflète ni ses manques ni ses incompétences, elle est simplement le reflet de sa conscience perceptive.

La perception de ce qui se produit passe par le corps de l'enfant, contenu, contraint, qui subit l'intrusion de la sonde.

La « ligne de partage du « corps » et de « l'esprit » [...] a été effacée par notre siècle. [...] Pour beaucoup de penseurs, à la fin du XIX^e siècle, le corps c'était un morceau de matière, un faisceau de mécanismes. Le XX^e siècle a restauré et approfondi la notion de la chair, c'est-à-dire du corps animé. »¹⁸⁴ Le *corps animé* caractérise les interactions entre l'esprit et les manifestations corporelles.

1. Sortir du clivage corps-esprit

En sortant du clivage corps-esprit Merleau-Ponty réhabilite la perception sensible. Il révoque les catégorisations qui réduisent la réalité de l'enfant à un processus mécanique et dénaturé établi à partir d'un modèle cybernétique.

La science du comportement, obsédée par la volonté d'objectiver son sujet d'étude, en a gommé les particularités. La science du comportement cherche à valider les éléments reproductibles et généralisables. Au contraire Merleau-Ponty en mettant l'accent sur la notion de *chair*, redonne à la perception son primat, sur le rationnel. Le clivage corps-esprit a pour inconvénient majeur de disqualifier la perception de ceux dont l'esprit est considéré, à tort ou à raison, comme présentant un déficit cognitif.

¹⁸⁴. Maurice Merleau-Ponty, *Signes*, Editions Gallimard, 1960, p.287.

La notion de *chair* est précieuse dans la reconnaissance de la perception de l'enfant car elle s'émancipe d'une quelconque rationalisation de l'expérience sensible. Nul besoin de l'intellect pour ressentir et percevoir. En reconnaissant la fonction de synthèse jouée par la *chair* : organe qui articule le sentir et le monde, Merleau-Ponty universalise la perception.

Si l'homme dispose d'un corps animé qui lui permet de s'inscrire dans le monde qui l'entoure, sans condition ni restriction, alors c'est qu'il existe une ontologie de la perception à laquelle l'enfant n'échappe pas.

« La chair est, ce qui proprement fait et donne sens au corps dans sa relation au monde et à autrui. Ni matière ni esprit, la chair est l'articulation originaire du sentir et du monde. Je m'inscris dans ce monde et le monde s'inscrit en moi : ce chiasme forme la chair du monde qui est comme la texture de l'être. La chair désigne l'unité de l'être comme voyant-visible, corps phénoménal et corps objectif, dedans et dehors. »¹⁸⁵

De l'universalité des perceptions

L'articulation entre l'environnement, le monde et la perception, symbolisée par la *chair*, universalise la perception.

L'enfant s'inscrit dans le monde et interagit avec ceux qui l'entourent et ce quel que soit son stade de développement. On comprend mieux la critique que Merleau-Ponty fait des catégorisations de la pensée, comme par exemple celle qu'il fait à propos de la pensée opératoire.

« La pensée "opératoire" devient une sorte d'artificialisme absolu, comme on voit dans l'idéologie cybernétique, où les créations humaines sont dérivés d'un processus naturel d'information, mais lui-même conçu sur le modèle des machines humaines. »¹⁸⁶

¹⁸⁵ Godin C., *Dictionnaire de la philosophie*, Librairie Arhème Fayard/Editions du temps, 2004, p.185.

¹⁸⁶ Maurice Merleau-Ponty, *L'œil et l'esprit*, Editions Gallimard, 1964, p.11-12.

La vision *artificielle* de l'enfant, qui objective ses compétences cognitives afin de les classer en catégories pré définies, peut en effet évoquer un modèle cybernétique où la diversité naturelle des individus s'efface au profit d'une perception normée. L'enfant fait alors l'objet d'un classement binaire selon qu'il correspond ou pas à la norme proposée au regard de son âge.

Ces courants de pensée enseignés de longue date auprès des professionnels de l'enfance participent à la construction de leur représentation, en proposant un modèle clivé au-delà duquel l'enfant a peu de place en qualité de personne. D'ailleurs ces concepts évoluent.

De nouvelles conceptions se font jour, mettant en exergue les compétences spécifiques de l'enfant, notamment grâce aux travaux de Françoise Dolto¹⁸⁷ et de Donald Winnicott, il n'en subsiste pas moins aujourd'hui des préjugés tenaces vis-à-vis du comportement des enfants et une tendance répandue à attendre que l'enfant se comporte comme un adulte.

2. Un caprice sans raison ?

Dans le contexte pédiatrique, il n'est d'ailleurs pas rare, lorsqu'un enfant ne se laisse pas faire pendant un soin, qu'on lui reproche de faire un *caprice*, tandis qu'il est invité à se raisonner. L'enfant à la sonde naso-gastrique ne fait pas ce qu'on appelle un caprice. Le caprice est défini comme une volonté soudaine irréfléchie et changeante. Il est sous-entendu que cette volonté ne correspond à aucune raison particulière. Or bien que le petit garçon ne *se raisonne* pas, cela ne signifie pas que sa réaction soit sans raison.

La raison, en tant que motif de l'action, se rapporte à la notion de cause : élément qui relie les phénomènes entre eux. La cause est corrélée à l'effet qu'elle produit. La cause apparaît clairement dans notre situation de soin. L'enfant se sent menacé par la sonde, ce qui est la *cause* de son effroi et *qui cause* sa réaction. On assiste à un enchaînement de rapports *de cause à effet*. L'agitation est une réaction fréquente face à une menace, elle s'apparente à une tentative de fuite.

¹⁸⁷. Françoise Dolto, *La Cause des enfants*, Edition Robert Laffont, Paris 1985.

Celle-ci est le produit du danger. L'enfant qui se sent menacé cherche à se soustraire de la menace, pour ce faire, il s'agite. Le syllogisme de cet énoncé décrit un processus, qui est le résultat d'un enchaînement de causes. Mais la réaction de l'enfant comprend également l'événement à l'origine de celle-ci. En l'occurrence pour la situation qui nous questionne, il s'agit du fait d'approcher la sonde du visage de l'enfant. Face à une telle menace le plus philosophe des adultes n'aurait-il pas une réaction de retrait ? Cette réaction peut-elle être attribuée à l'imaginaire de l'enfant qui voit dans un événement relativement bénin une menace démesurée proportionnellement à la réalité de l'acte ? Mais cette proportion à l'exagération, ce débordement de l'imagination sont-elles propres aux enfants qui manquent de raisonnement ? Il semble qu'à la suite d'un minimum d'introspection chacun d'entre nous, tout adulte que nous sommes, se remémore une peur irraisonnée voire injustifiée. Pascal évoquait déjà l'échec de la raison à chasser certaines peurs, à prendre le dessus sur ces émotions qui priment sur l'entendement.

« Le plus grand Philosophe du monde, sur une planche plus large qu'il ne faut, s'il y a au-dessous un précipice, quoi que sa raison le convainque de sa sûreté, son imagination prévaudra. Plusieurs n'en sauraient soutenir la pensée sans pâlir et suer.»¹⁸⁸

Or la sonde qui s'approche du nez de l'enfant pour y faire effraction est bien réelle, elle n'est pas le produit de l'imagination comme l'idée du vide frappe celui qui est pourtant en sécurité sur une planche assez large pour éviter sa chute.

Même s'il était admis que la réaction de l'enfant soit disproportionnée vis à vis de la menace qui se profile, il faudrait néanmoins l'accepter. Puisqu'il est admis qu'un débordement de l'imagination peut conduire n'importe quel adulte à réagir en dehors de toute rationalité.

Mais en l'occurrence la réaction de l'enfant ne peut être attribuée à un imaginaire débordant lié à son jeune âge car cette réaction est causée par un élément réel, par des sensations concrètes.

¹⁸⁸. Pascal, *Pensées*, Misère de l'homme sans Dieu, 82-44, [1671], Garnier-Flammarion, Paris, 1976, p.74.

Il semble risqué de dissocier la réaction de l'événement qui la fonde. Se focaliser principalement sur l'agitation et rapidement attribuer celle-ci à l'immaturation de l'enfant fait courir le risque de nier la réalité de l'expérience qu'il vit, ce qui revient à disqualifier la réaction. Déconnectée de sa cause l'action devient sans raison.

De la cause à la raison de l'enfant

Il est donc risqué d'isoler l'expérience de la raison. Méfions-nous des déductions hâtives qui réduiraient la réaction de l'enfant à un simple réflexe dénué de fondement. Car lorsque l'enfant réagit à une menace présumée, sa réaction n'est pas seulement le produit d'une réaction de défense instinctive, elle témoigne plus globalement d'une faculté de juger de ce qui se produit et d'en déduire la nécessité de réagir face à cette menace. Le refus de l'enfant, sa réaction de défense témoignent au-delà de ses facultés sensibles de ses facultés rationnelles car il use d'un raisonnement pour décider de s'extraire de la situation, ou plutôt pour tenter de le faire.

Si l'enfant agit selon un processus qui engage son raisonnement et plus seulement sa seule sensibilité alors sa réaction n'est plus exclusivement individuelle mais devient un phénomène généralisable, propre à l'Homme et pas seulement propre à *ce* petit homme. La réaction de l'enfant sort d'un domaine intime et doit alors être envisagée de façon plus universelle. Cette nuance prend tout son sens dans notre contexte. L'expérience empirique de l'enfant correspond à une perception sensible et individuelle, *a fortiori* sans réel fondement rationnel car il s'agit d'un enfant. Cette manière d'interpréter ce qui se passe pour l'enfant qui se débat pendant le soin déprécie sa réaction car elle l'ampute de sa rationalité. Or ce n'est pas à partir de l'expérience que se fonde la raison mais l'inverse, ce qui transforme totalement la manière d'interpréter ce qui se joue pour l'enfant.

Il y a certes, une réciprocité entre expérience et raison : « L'expérience est nécessaire, je l'avoue [...] »¹⁸⁹ cependant pour Leibniz, l'esprit prime sur l'expérience.

¹⁸⁹ .Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, GF-Flammarion, Paris, 1990, p.88.

L'entendement accueille ce qui vient des sens. La raison est pour Leibniz la condition de l'expérience. C'est parce que l'homme dispose de la raison qu'il peut saisir ce que ses sens lui donnent à reconnaître. La raison fonde *a priori* l'expérience et non l'inverse. Ce qu'on appelle la *raison* est à l'origine du jugement que nous avons des choses « [...] et la cause dans les choses répond à la raison dans les vérités. »¹⁹⁰ Ce ne sont donc pas des choses dont découlent les vérités mais de ce que la raison en déduit. La cause de l'agitation de l'enfant ne fonde pas la vérité de cet événement. C'est la raison de l'enfant qui juge de l'expérience qui se déroule qui lui fonde sa véracité. Il faut néanmoins reconnaître certaines nuances dans le raisonnement de l'enfant au regard de ce qui pourrait se produire dans l'esprit d'un adulte.

Il semble que dans un premier temps, l'enfant *re-connaît* les éléments sensibles plus qu'il ne les connaît dans la mesure où il ne dispose pas encore de la connaissance élaborée des objets qui lui apparaissent. Mais bien que l'enfant ne connaisse pas encore ces choses, il les reconnaît, une partie de la raison les connaît déjà. Il a la faculté de se représenter celles-ci. Les choses se présentent à lui et trouvent un écho dans son esprit à l'instant même où elles sont perçues.

Il existe une faculté d'interpréter les sensations qui précède les connaissances. Cette faculté d'interprétation est médiée par l'intuition.

« De quelque manière et par quelque moyen qu'une connaissance puisse se rapporter à des objets, le mode par lequel elle se rapporte immédiatement à eux et que toute pensée prend comme moyen pour les atteindre est l'intuition. »¹⁹¹

Elles y résonnent car l'enfant dispose de la faculté *a priori* de raisonner. L'intuition est la passerelle qui relie perception et raisonnement. La dichotomie entre la perception empirique que l'enfant a de la situation et la faculté d'user de raison face à cette situation disparaît grâce à la conception synthétique de l'expérience et de l'entendement.

¹⁹⁰ *Idem*, p.375.

¹⁹¹ Kant, *Critique de la raison pure*, p.76.

Impossible de considérer l'un sans l'autre. Impossible de valider l'expérience de l'enfant sans valider *de facto* sa raison. Pour Leibniz, cette combinaison s'explique par le fait que toutes facultés humaines trouvent leur source dans une seule notion, un élément constitutif qui le dépasse : l'âme.

La capacité de raisonner de l'homme est elle-même constitutive de l'âme, considérée comme l'élément ontologique de l'homme. « *Nihil est in intellectu, quod non fuerit in sensu, excipe : nisi ipse intellectus.*^{192*} Or l'âme renferme l'être, la substance, l'un, le même, la cause, la perception, le raisonnement, et quantité d'autres notions que les sens ne sauraient donner.»¹⁹³ L'âme est le berceau de l'entendement. La raison est la condition de l'expérience, elle est donc *a priori*.

De même que pour Leibniz, l'entendement : faculté elle-même inhérente à l'âme, est la condition de possibilité de la perception, de même Kant en rassemblant la cause et l'effet fait la démonstration d'une faculté universelle de raisonner *a priori*.

« Le concept de cause [...] doit ou bien avoir son fondement tout à fait *a priori* dans l'entendement ou bien être absolument rejeté comme une pure chimère. [...] La synthèse de la cause et de l'effet a donc une dignité qu'il est impossible d'exprimer empiriquement : c'est que l'effet ne s'ajoute pas simplement à la cause, mais qu'il est produit par elle et qu'il en dérive. L'universalité absolue de la règle n'est pas non plus une propriété des règles empiriques. »¹⁹⁴

La notion de *dignité* reliée à la faculté *a priori* de l'entendement de synthétiser la cause et l'effet prend tout son sens lorsqu'elle s'applique aux réactions enfantines. La fonction synthétique *a priori* de l'entendement s'applique à tout un chacun quel que soit son niveau d'expérimentation ou de connaissances. La faculté innée de synthèse hisse l'entendement à une charge éminente dont l'enfant est tout aussi digne *a priori* que l'adulte.

¹⁹² * « Rien n'est dans l'intelligence (l'entendement) qui n'ait été auparavant dans les sens, si ce n'est l'intelligence (l'entendement) elle-même. »

¹⁹³ Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, GF-Flammarion, Paris, 1990, p.88

¹⁹⁴ Kant, *Critique de la raison pure*, p.104.

Kant comme Leibniz place la raison *a priori*, c'est à dire qu'elle est indépendante de l'expérience, qu'elle en est la condition. La conception de la raison et des perceptions est ici synthétique. Elle ne sépare pas la capacité à recevoir des sensations de celle de raisonner. Pour Leibniz l'expérience est certes nécessaire mais n'apporte pas les idées. Il y a dans la conception leibnizienne une notion de processus c'est-à-dire l'idée d'un chemin que l'on pourrait qualifier de circulaire, qui part de l'entendement passe par la perception et revient à l'entendement. La vision kantienne semble quant à elle plus synthétique moins chronologique.

Kant considère la cause et l'effet comme la traduction de l'action synthétique de la raison et des sensations ce qui nous aide à reconsidérer la réaction de l'enfant. L'approche de la sonde cause l'effroi de l'enfant, qui a pour effet son agitation. Impossible de n'y voir qu'un simple enchaînement chronologique : d'abord d'une perception puis d'un raisonnement.

S'il existe une manifestation qui témoigne d'une relation de cause à effet alors elle est la preuve d'un raisonnement *a priori*, considéré comme une faculté partagée par tous les hommes quel que soit leur degré de connaissance, de cognition ou de maturité. La capacité de relier la cause à l'effet ne réclame pas une expérience empirique de la situation, elle est intuitive. « Il n'y a aucune vérité essentielle que l'intuition ne saisisse; les yeux sont ouverts et l'on voit sans effort »¹⁹⁵ L'intuition peut être considérée comme un élément essentiel de l'entendement, dans le sens où elle est la condition de liaison immédiate nécessaire entre les sensations et la raison.

¹⁹⁵ Maine de Biran, *Journal : Édition intégrale publiée par Henri Gouhier*, 1954, p.394.

Chapitre XIII De l'intuition

L'intuition semble être un concept connexe à celui de la raison. Si l'intuition n'est pas le raisonnement à proprement parlé, il semble qu'elle en soit une des conditions. L'intuition est le préliminaire de l'entendement. Elle donne sans effort à l'esprit les éléments propres à élaborer. Elle constitue en quelque sorte la matière première de la pensée, ce à partir de quoi la raison travaille.

1. D'une heureuse coïncidence de l'intuition

Pour Bergson l'intuition « est la vision directe de l'esprit par l'esprit. [...] Intuition signifie donc d'abord conscience, mais conscience immédiate, vision qui se distingue à peine de l'objet vu, connaissance qui est contact et même coïncidence. »¹⁹⁶

L'intuition bergsonienne correspond à la vue directe et immédiate d'un objet, qui allume simultanément un sentiment intérieur à l'origine de la possibilité de connaître l'objet. Si sur certains points les définitions bergsonienne et kantienne de l'intuition se rejoignent et qualifient chacune à leur manière la compétence de l'enfant à apercevoir le réel, il nous faut tout de même relever en quoi ces définitions divergent et en quoi elles éclairent différemment la préhension enfantine du réel. En effet l'intuition selon la vision kantienne ou bergsonienne ne présente pas exactement les mêmes caractéristiques.

D'une divergence de source

Ce que nous dit Kant à propos de l'intuition a à voir avec la sensibilité, au sens de la réceptivité. Cette dernière, met à disposition de l'entendement, la matière à penser.

¹⁹⁶ Bergson, Henri, *La Pensée et le Mouvant*, [1934], Paris, PUF, 2003.p.27.

Kant reconnaît deux sources à la connaissance : entendement et sensibilité qu'il traduit en intuition et concepts. Or pour Bergson intuition et intelligence ne se nourrissent pas à la même source. La première organise le réel, le fabrique tandis que l'intuition coïncide avec la réalité vivante. L'une transpose le réel, l'autre *sympathise* avec lui. L'une prend des circonvolutions pour atteindre la réalité, l'autre y va directement. L'intuition est directement aux prises avec la vie là où l'intelligence s'en éloigne.

C'est là que la vision bergsonienne de l'intuition s'écarte de celle de Kant, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une vision synthétique de l'entendement et de réceptivité, mais de deux sources distinctes de conscience, qui certes selon Bergson, devraient se rejoindre dans l'idéal mais n'y parviennent pas totalement. « Une humanité complète et parfaite serait celle où ces deux formes de l'activité consciente atteindraient leur plein développement. »¹⁹⁷. Malheureusement l'intelligence a pris le pas sur l'intuition, réduisant ainsi son champ d'expression, la réduisant en quelque sorte à une condition de l'expression de l'intelligence alors qu'il semble qu'en réalité ce soit l'inverse.

De la supériorité de l'intuition bergsonienne sur l'entendement

Selon Bergson l'intuition dépasse le sensible, elle n'est pas une simple condition de réceptivité. L'intuition est plutôt pour Bergson ce qui caractérise l'esprit et ce point de vue diverge de la réciprocité entre concept et intuition suggérée par Kant.

« Intuition et concepts, tels sont donc les deux éléments de toute notre connaissance, de telle sorte que ni les concepts sans une intuition qui leur corresponde de quelque manière, ni l'intuition sans les concepts ne peuvent fournir une connaissance. »¹⁹⁸

L'enfant au stade de l'ébauche conceptuelle s'appuie sur son intuition pour connaître le monde mais l'intuition désolidarisée du concept semble perdre son intérêt du point de vue de la connaissance.

¹⁹⁷ Bergson, Henri, *L'évolution créatrice*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013, p.267.

¹⁹⁸ . Kant, *Critique de la raison pure*, Edition PUF, p. 76.

Ce parti pris kantien pour la prévalence de l'intellection sur l'intuition est d'ailleurs critiqué par Bergson.

« L'intelligence telle que Kant nous la présente, baigne dans une atmosphère de spatialité à laquelle elle est aussi inséparablement unie que le corps vivant à l'air qu'il respire. Nos perceptions ne nous arrivent qu'après avoir traversé cette atmosphère. Elles s'y sont imprégnées par avance de notre géométrie, de sorte que notre faculté de penser ne fait que retrouver, dans la matière, les propriétés mathématiques qu'y a déposées par avance, notre faculté de percevoir [...] Telle est l'idée directrice de la critique kantienne. [...] Elle est à notre sens, définitive dans ce qu'elle nie. Mais nous apporte-t-elle, dans ce qu'elle affirme la solution au problème ? »

Bien que l'existence de l'intuition, en tant que faculté de percevoir, fonde en partie selon Kant l'universalité de la faculté *a priori* de penser et que celle-ci accorde par conséquent à l'enfant des compétences analogues à celles des adultes, il semble que cette conception ne reflète pas exactement ce qui se produit pour l'enfant. La définition de l'intuition bergsonienne semble s'approcher plus fidèlement des facultés de l'enfant.

D'une définition bergsonienne de l'intuition plus proche de l'enfant

En effet, la connaissance enfantine n'est définie au regard de la conception kantienne que par défaut, c'est-à-dire qu'en l'absence d'intuition nul concept ne peut apparaître, sans concept aucune intuition n'établit de connaissance. Bergson définit quant à lui l'intuition positivement.

Il ordonne l'intuition et le raisonnement de manière inverse, constatant d'ailleurs qu'au fil de l'étude de l'intuition, la philosophie modifie son point de vue et redonne à l'intuition la place qui lui est due.

« Plus elle avance dans ce travail, plus elle s'aperçoit que l'intuition est l'esprit même et, en un certain sens, la vie même : l'intelligence s'y découpe par un processus imitateur de celui qui a engendré la matière. Ainsi apparaît l'unité de la vie mentale. On ne la reconnaît qu'en se plaçant dans l'intuition pour aller de là à l'intelligence, car de l'intelligence on ne passera jamais à l'intuition. »¹⁹⁹

¹⁹⁹ Bergson, *L'évolution créatrice*, p.268.

L'intuition conditionne l'esprit, elle fédère la vie mentale, condition d'apparition de la vie même. L'intuition fusionne ou plutôt *coïncide* avec la vie là où l'intelligence ne peut que s'évertuer à l'imiter.

Et c'est là une conception qui s'adapte à merveille à la condition de l'enfant. Car celui-ci est par définition un être d'intuition, qui semble plus que tout autre, être immergé dans la vie, dans l'élan vital. Un élan qui le porte à se sentir *en sympathie* avec les objets de son environnement. Au départ ces rencontres se font d'abord par l'intermédiaire de l'intuition enfantine, l'esprit de l'enfant se saisit de l'objet, l'embrasse, fait corps avec lui. Souvenons-nous de ce qui se produit lorsque le jeune enfant rencontre un nouvel objet, il s'approche, le touche, le met à la bouche, il le perçoit dans son esprit en l'intégrant à son monde intérieur. Ce n'est pas l'extérieur qui vient à lui, c'est le monde intérieur de l'enfant qui incorpore l'objet, qui l'intègre. C'est peut-être une description qui pourrait aussi correspondre au terme *coïncider* qu'utilise Bergson pour décrire ce phénomène.

De la faculté de l'enfant à coïncider avec le monde

Il devient alors possible d'imaginer que l'intelligence de l'enfant qui demande encore à se développer, n'est pas encore venue *altérer* la force de son intuition, de sa capacité à *coïncider* avec les objets qu'il découvre, ce qui le place dans la vie bien mieux, bien plus que ce que l'intelligence de l'adulte ne le permet.

L'intuition est le point de départ, la source de la connaissance mais elle est plus qu'une condition de possibilité, elle est le lieu de la coïncidence entre l'objet et la pensée. Le fait qu'il ne soit pas totalement capable de conceptualiser ne disqualifie cependant pas la nature de ses cogitations qui le conduisent à un certain raisonnement.

L'enfant fait corps avec l'objet, et il ne s'agit pas là d'une juxtaposition de connaissances qui produit une évidence. Il s'agit d'une forme d'effort pour rejoindre l'objet, pour ne faire qu'un avec celui-ci. La nature de la connaissance qui surgit de cette rencontre est bien plus réelle et vivante que le fruit d'une analyse de celui-ci.

On voit ici avec l'exemple de la sonde comme l'enfant connaît la sonde d'une manière entière, globale qui dépasse la connaissance du soignant. La sonde est un objet que le soignant connaît intellectuellement, elle est le fruit d'un processus et d'une analyse. Nul ne cherche à dénier cette connaissance. Mais cette forme de connaissance invalide-t-elle nécessairement celle de l'enfant?

Ce savoir construit de l'adulte fait-il du jugement intuitif de l'enfant un jugement erroné? Et en effet on s'aperçoit que lorsque la sonde s'avance vers sa narine l'intuition de l'enfant fait coïncider l'objet et ses perceptions internes. Ce qui résulte de cette agrégation intuitive est une connaissance qui s'inscrit dans la vie. La profondeur du sentiment qui surgit à la vue de l'objet dépasse l'intellection de ce dernier.

« Mais, plus le sentiment est profond et la coïncidence complète, plus la vie où ils nous replacent absorbe l'intellectualité en la dépassant. Car l'intelligence a pour fonction essentielle de lier le même au même, et il n'y a d'entièrement adaptables au cadre de l'intelligence que les faits qui se répètent. »²⁰⁰

L'adulte connaît la sonde par habitude intellectuelle. Son esprit à force d'associer et d'analyser les faits qui se répètent en déduit leur réalité. Mais la découverte que fait l'enfant de la sonde est d'une toute autre dimension. Pourtant tout se produit comme si l'intelligence, celle de l'adulte dont la vocation est de lier le même au même, voulait absorber le sentiment profond et la coïncidence qui se produit dans l'esprit de l'enfant à la vue de la sonde. On assiste dans les faits à une disqualification de l'intuition enfantine de la part de l'adulte qui fait valoir la supériorité de sa connaissance intellectuelle de l'objet. Il y a comme une volonté de minorer, de réduire la portée du jugement intuitif de l'enfant. Une volonté qui traduit peut être le danger que pourrait représenter la reconnaissance de la profondeur du sentiment de l'enfant...

Car si le sentiment de l'enfant est profond alors il faudrait en tenir compte, et à défaut reconnaître le mépris dont on fait preuve à l'égard de ce sentiment. Or mépriser un sentiment profond exprimé par l'enfant ne correspond pas à l'idée que l'on se fait d'un *bon* soignant.

²⁰⁰ *Ibid.* p.201.

Il devient donc nécessaire de disqualifier le jugement de l'enfant pour justifier que l'on néglige l'expression de l'enfant. La minoration de la qualité du jugement enfantin s'exprime au travers du vocabulaire employé pour parler de la faculté de juger d'un enfant.

Le jugement devient la jugeote. Pourtant nous convenons que les cogitations présumées de l'enfant ne se résument pas à de la *jugeote*, expression qui caractérise de manière péjorative son raisonnement. Lorsqu'un enfant est invité à faire preuve de jugeote, il lui ait demandé d'user de sa faculté de jugement mais l'emploi du suffixe « *ote* » introduit une notion de petitesse voire même l'idée d'une action presque méprisable. L'usage de ce suffixe est souvent péjoratif, il minimise la portée de ce que l'on veut caractériser : la parlote, la tremblote, on tapote... Ce qui est petit, et l'enfant est petit, est communément déprécié. Pour prendre un autre exemple, l'expression « *tête de linotte* » s'adresse à quelqu'un qui ne fait pas preuve de concentration. La linotte est un petit oiseau, au cerveau de taille minuscule. Le petit enfant a donc un petit jugement, il devrait faire preuve de *jugeote*... on lui accorde seulement une petite capacité de jugement. Pourtant l'enfant fait plutôt preuve de bon sens en refusant le soin qu'il considère comme une agression.

Le petit garçon juge intuitivement des conséquences du geste qu'il doit subir, il analyse ce qui est vrai pour lui : l'inconfort, le danger potentiel. En quoi ce jugement serait-il moins valable, moins vrai que celui de l'adulte qui soigne ?

Descartes avait déjà fait de l'intuition une des voies de la certitude avec la déduction. « Il n'y a pas d'autres voies qui s'offrent aux hommes, pour arriver à une connaissance certaine de la vérité que l'intuition évidente et la déduction nécessaire. »²⁰¹ Tout homme dispose d'un moyen de connaître avec certitude sous la forme de l'intuition ce qui se présente à son esprit. Chez Descartes la distinction entre intuition et imagination est formelle.

L'imagination trahit le raisonnement tandis que l'intuition l'ordonne. L'intuition est « [...] la conception d'un esprit pur et attentif, si facile et si distincte qu'aucun doute ne reste sur ce que nous comprenons. »²⁰²

²⁰¹.René Descartes, *Règles pour la direction de l'esprit*, in Œuvres et Lettres, Bibliothèque de la Pléiade, 1987, p.43.

²⁰² René Descartes, Règle III, *Règles pour la direction de l'esprit*, in Œuvres et Lettres, Bibliothèque de la Pléiade, 1987, p.43.

Lorsque l'enfant est réduit uniquement à son imagination, il est *de facto* privé de son intuition, ce qui disqualifie implicitement sa faculté de distinguer le vrai du faux. L'enfant dans ce cas n'utilise pas de sa raison, il manque alors de bon sens cartésien.²⁰³ Chaque fois que les facultés de l'enfant sont découpées en catégories distinctes les unes des autres : imagination, intuition, raison, il semble que la notion de compétence globale se désagrège. C'est d'ailleurs là le message que Merleau-Ponty semblait vouloir transmettre à ses étudiants dans son cours sur le développement de l'enfant, que nous évoquions un peu plus tôt dans le travail.

2. De l'intuition au bon sens

Descartes nous invite également d'une certaine manière à nous méfier de nos certitudes d'adultes. Certains d'être bien pourvus en bon sens, les adultes, en oubliant peut être qu'ils n'en ont pas le monopole. En effet dans le contexte des soins à un enfant malade, le risque de disqualifier le jugement de celui-ci est grand et ce à plus d'un titre. Le statut de l'enfant est déjà en soi un critère de risque car par définition le petit de l'homme est en apprentissage, ce qui conduit souvent l'adulte à négliger la capacité de jugement qu'a l'enfant de la situation, sous prétexte de son immaturité. S'ajoute à cela le contexte médical, où le privilège du savoir est parfois jalousement gardé par les professionnels. Vocabulaires, matériels, locaux : tout témoigne à l'hôpital de l'appartenance à un univers singulier, où seuls les initiés évoluent avec aisance.

²⁰³ Dans son introduction du *Discours de la méthode*, Descartes affirme l'universalité de la raison, en partant du principe que le bon sens est la chose du monde la mieux partagée.

« Le bon sens est la chose la mieux partagée du monde : car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux même qui sont les plus difficiles à contenter en tout autre chose n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en ont. En quoi il n'est pas vraisemblable que tous se trompent ; mais plutôt cela témoigne que la puissance de bien juger, et distinguer le vrai d'avec le faux, qui est proprement ce qu'on nomme le bon sens ou la raison, est naturellement égale en tous les hommes ; et ainsi que la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies, et ne considérons pas les mêmes choses. Car ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, mais le principal est de l'appliquer bien. » Edition Vrin, p. 44.

Du monopole de la justesse d'un raisonnement ?

Ce qui mène, de temps à autre les professionnels de santé, à croire que les raisonnements différents des leurs sont *a priori* faux en raison du manque de connaissance alors qu'en réalité les enfants malades qui s'opposent au soin, conduisent simplement leur raisonnement sur des voies différentes, considérant les choses sous un autre angle que les soignants.

En l'occurrence l'enfant est directement aux prises avec ses perceptions sensibles. C'est lui qui est maintenu, lui qui est contraint, lui qui perçoit les sensations lors du passage de la sonde, lui qui souffre.

Son raisonnement est guidé par ses impressions, fondé sur les éléments sensibles, ce qui le place dans une position différente du soignant. Prenons garde néanmoins à cliver trop rapidement nos propres réflexions en opposant de manière simpliste les perceptions de l'enfant à la rationalité des professionnels. Dans un cas comme dans l'autre, à moindre mesure, les uns et les autres vivent une expérience teintée de sensations, d'émotions et d'intuitions. L'expérience est certes rationalisée et comprise à la mesure des compétences et des connaissances de chacun. Néanmoins la part entre raison et passion, au sens cartésien, est propre à la fois à l'enfant et aux soignants qui prennent soin de lui.

« Et pour commencer, je considère que tout se fait ou qui arrive de nouveau est généralement appelé par les philosophes une passion au regard du sujet auquel il arrive. En sorte que, bien que l'agent et le patient soient souvent fort différents, l'action et la passion ne laissent pas d'être toujours une même chose qui a ces deux noms, à raison des deux divers sujets auxquels on la peut rapporter. »²⁰⁴

Le fait que les soignants soient également animés par des sensations, en réponse aux réactions des enfants nous engage à nous pencher sur les éléments qui interfèrent dans leur raisonnement, en particulier ce qui altère potentiellement les facultés de jugement.

²⁰⁴. Descartes, *Les passions de l'âme*, Le livre de poche, Classiques de la philosophie, 1990, p.37-38.

L'évocation de la participation de la perception sensible dans l'interprétation d'un événement et par voie de conséquence dans le processus de raisonnement des adultes invite à distinguer la notion de jugement de celle du discernement. Le discernement appelle à lui la sensation et distingue par l'intermédiaire des sens, ce qui est vu, touché, senti.

Du discernement

L'origine latine du verbe discerner est *discernere* qui correspond à l'action de trier (*cernere*) en séparant (*dis*). Celui qui discerne ne fait pas que voir, son regard distingue des différences dans ce qui semble semblable. L'action de discerner en appelle aux perceptions sensibles conjuguées à la faculté de jugement.

Discerner un détail, par exemple, implique une action plus fine et plus délicate qu'une simple perception visuelle. La sagacité de celui qui regarde lui permet de discerner ce qui n'est pas évident à première vue. Le discernement est une faculté exigeante qui implique d'analyser ce qui apparaît et pas seulement de l'accueillir passivement.

Les soignants perdraient-ils leur sagacité en raison d'une incapacité à discerner la raison qui pousse l'enfant à s'agiter devant l'intuition d'un danger ? La capacité à discerner traduite ici par la faculté de voir, c'est-à-dire de sentir et pas seulement à plaquer hâtivement une explication rationnelle sur le comportement de l'enfant.

Le soignant ne peut pas discerner, au sens d'analyser les éléments du sensible : « j'entends l'enfant qui crie, je vois qu'il s'agite... », s'il se contente de rationaliser le comportement de l'enfant. Une rationalisation qui produit une profusion d'explications ou de justifications qui masquent ce qu'il faudrait discerner.

En reléguant les perceptions à des phénomènes extérieurs au raisonnement, en cherchant à s'en tenir à la raison, d'une manière inconsciente le soignant se coupe de sa propre intuition. Or l'intuition dans sa fonction synthétique caractérise la condition de la raison pour de nombreux philosophes. De ce point de vue, les soignants sont au même titre que les enfants soumis à l'intuition.

Il s'agirait alors d'inviter les soignants à réhabiliter leur intuition afin de mieux discerner la vérité de l'enfant. Car l'intuition est ce qui conduit l'homme sur la voie de la vérité selon Pascal. Les voies qui conduisent à la vérité allient raison et intuition. L'intuition pascalienne est caractérisée par la notion de *cœur*.

« Nous connaissons la vérité, non seulement par la raison, mais encore par le cœur ; c'est de cette dernière sorte que nous connaissons les premiers principes et c'est en vain que le raisonnement qu'il n'y a point de part essaye de les combattre »²⁰⁵

Les premiers principes sont *a priori*, ils préexistent au raisonnement. C'est le cœur qui accède aux principes premiers et qui conditionnent l'éclosion de la raison. Cette conception pascalienne annonce le développement de la théorie kantienne qui réunit l'intuition, la perception et la raison pour conclure à une faculté ontologique. Une formule affirme d'ailleurs dans la « critique de la raison pure », les liens qui unissent, le sensible et l'entendement:

« Sans la sensibilité, nul objet ne nous serait donné ; sans l'entendement, nul ne serait pensé. Des pensées sans matière sont vides ; des intuitions sans concepts sont aveugles. »²⁰⁶ Les concepts donnent corps aux intuitions, elles même directement issues du sensible. La réciprocité kantienne de l'intelligible et du sensible suggère la synthèse des facultés de percevoir et de penser. Mais reconnaître l'existence d'une réciprocité de l'entendement et de l'intuition, du sensible et du concept n'implique pas que ce soit par l'entendement qu'on valide l'intuition. Et c'est d'ailleurs ce que Bergson conteste en affirmant qu'on ne reconnaît l'unité de la vie mentale « [...] qu'en se plaçant dans l'intuition pour aller de là à l'intelligence, car de l'intelligence on ne passera jamais à l'intuition. »²⁰⁷

Il y a bien réciprocité mais pas dans le sens suggéré par Kant. L'intuition est capable de reconnaître l'entendement, mais placé d'un point de vue strictement intellectuel on reste aveugle à l'intuition. L'un ne va pas sans l'autre mais ce que permet le premier ne conduit pas systématiquement au second.

²⁰⁵ Pascal, *Pensées*, Garnier-Flammarion, 1976, Paris, 282-110, p.128.

²⁰⁶ Kant, *Critique de la raison pure*. p.76.

²⁰⁷ Bergson, *L'évolution créatrice*, p.268.

On assiste à une reconnaissance de la faculté ontologique de juger qui laisse cependant ouvert le débat sur l'éventuelle suprématie de l'entendement. L'existence et la nécessité de la sensibilité, de l'intuition sont admises philosophiquement mais souvent on assiste à une lecture de la réciprocité du jugement et du sensible qui place la sensibilité dans une position ancillaire à l'entendement.

Mais que se passe-t-il lorsque l'entendement ne se formule pas encore précisément, comme c'est le cas pour les petits enfants, ou bien d'autres personnes qui n'accèdent pas au langage et à qui la cognition formelle fait défaut?

Nul ne sait vraiment ce qui se produit pour eux. Ils sentent et perçoivent, pourtant l'écho de l'entendement semble ne pas raisonner chez eux au même titre que pour d'autres. Est-ce que cela veut dire que leurs sensations se répercutent dans le vide, dans un espace intellectuel vacant? Comment déterminer la nature de cette vacance? Et qui est en mesure de déterminer cela?

« Des pensées sans matière sont vides ; des intuitions sans concepts sont aveugles. »²⁰⁸ nous dit Kant. Mais les *intuitions aveugles* ne disent rien d'une éventuelle vacuité. Les intuitions peuvent-elles véritablement être sans concepts ? Ne peut-on pas imaginer que des concepts invisibles naissent tout de même de l'intuition ? Ne peut-on pas postuler que l'intuition de ces enfants ou des personnes dont la faculté de jugement est différente, débouche sur des concepts invisibles pour nous qui raisonnons d'une autre manière qu'eux ? Ne peut-on pas admettre que ce qui est invisible n'est pas nécessairement aveugle ? Peut-être sommes-nous, nous-mêmes aveugles face à cette intuition qui raisonne différemment de la nôtre, incapables de voir que des concepts naissent de l'intuition de l'enfant ?

Et ces concepts étrangers aux nôtres, se tiennent peut être cachés, invisibles dans des espaces qui ne nous sont pas accessibles, des espaces que nous ne partageons tout simplement pas avec les enfants.

²⁰⁸ Kant, *Critique de la raison pure*. p.76.

Chapitre XIV : De l'intuition à la puissance des perceptions

Revenons à l'enfant qui s'effraie intuitivement à la vue et à l'approche de la sonde. L'écho de l'intuition se perd-il dans un méandre inintelligible faute d'entendement approprié ? Les sensations peuvent-elles se perdre et ne donner lieu à aucune pensée ?

L'enfant sur lequel les mains se posent pour contenir ses mouvements agités et désordonnés, vaines tentatives pour se soustraire à l'inéluctable effraction de la sonde dans sa narine, l'enfant assailli de sensations qui lui parviennent de ce qu'il sent sur son corps, de ce qu'il voit, associe forcément par la pensée ce qu'il ressent. Qu'importe la nature de ces pensées ou leur niveau d'élaboration car il faut admettre la naissance d'un jugement même intuitif de la situation.

Mais qu'en est-il du côté des soignants ? Est-il possible de rencontrer des situations où les pensées qui découlent de l'intuition soient vides ? Existe-t-il des moments où l'objet de la sensibilité ne soit pas pensé, où son objet ne soit pas donné à l'entendement ? Et si c'était le cas ? Si la vue d'ensemble de la scène du soin où l'enfant est maintenu de force, correspondait à une sensation qui échappe à l'entendement, serions-nous alors confrontés à une intuition aveugle ou une cécité du jugement ?

1. Une vague de petites perceptions

Le petit enfant reçoit initialement une quantité de petites perceptions. Le bruissement du drap du lit dans lequel il est couché, la douceur du contact, sous son menton, de la couverture qu'il a apporté de la maison, les odeurs, la vue des visages qui apparaissent au-dessus de son visage. De petites perceptions chez un petit enfant qui tels de petits bruits ne se font connaître « [...] que dans l'assemblage confus de tous les autres ensemble. »²⁰⁹

²⁰⁹ Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, préface, p.42.

Nous parlons ici des petites perceptions leibniziennes, tels que les petits bruits de chaque vague, qui ne sont pas perçus en tant que tels dans la foule de perceptions qui nous assaille au bord d'un rivage. Des petites perceptions qui ne nous parviennent pas une à une mais dans leur ensemble sous la forme d'un mugissement. Et Leibniz de reconnaître qu'il faut bien que ces petites perceptions existent, bien qu'on semble ne pas les percevoir, pour que le mugissement des vagues nous apparaisse dans son ensemble.

Des perceptions au service de la découverte du monde

Mais le petit enfant couché dans son lit perçoit peut être quant à lui chaque perception une à une, peu habitué qu'il est du lieu, des gestes, de l'atmosphère qui l'entoure. Au départ les sensations parviennent au jeune enfant et surtout au bébé une à une. Le bébé est un hyperesthésique, il reçoit de plein fouet les bruits, les odeurs, le contact. Tel un aventurier qui découvre un nouveau monde, (ne dit-t-on pas d'un enfant qu'il vient au monde), l'enfant hospitalisé s'étonne de chaque nouvelle sensation, il regarde, il sent, il écoute, il est aux aguets.

L'enfant est donc pour ainsi dire un aventurier dans l'âme, un aventurier ontologique en quelque sorte, car il découvre le monde au fil des jours, au grès de nouvelles expériences. Contrairement à l'adulte, pour le petit enfant tout est nouveau. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas de nouveauté pour les adultes mais l'étonnement et la découverte sont tout de même le quotidien de l'enfant, là où ils font exceptions chez l'adulte.

Le remarquable mugissement frappe l'oreille au bord du rivage, là où le bruit d'une seule vague laisserait l'oreille sourde. Mais pour une oreille peu habituée, novice, pour une oreille d'enfant qui n'a encore pas rencontré ce type de son, le bruit d'une seule vague resterait-il muet ?

Nous ne sommes pas affectés de la même manière par une petite perception selon que celle-ci est nouvelle ou habituelle. L'accueil que trouve une petite perception varie selon le contexte, la connaissance, l'habitude qu'on en a. Un petit bruit inhabituel met en alerte le dormeur, là où il le berce s'il appartient à l'environnement habituel.

D'un filtre intuitif

Le cerveau est donc capable d'ignorer des perceptions, de les passer sous silence selon les circonstances. L'accueil des petites perceptions diffère d'une personne à une autre, d'un enfant à un adulte, d'un moment à un autre. Chacun juge les bruits, les images perçues en négligeant ce qui semble inutile et cela se produit de manière involontaire. Ces perceptions qui demeurent non ressenties, appelées par Leibniz les perceptions insensibles, sont par conséquent ce qu'on nommerait aujourd'hui des perceptions inconscientes ou plutôt préconscientes.

Le rôle que jouent les perceptions insensibles est d'une importance capitale pour argumenter le fait qu'il existe une faculté d'abstraction d'éléments qui échappent à la pensée, et qui existent pourtant. Ce qui revient à dire que l'entendement n'est pas toujours en mesure de juger des choses qui se présentent à lui. Un phénomène d'occultation qui ne peut donc pas uniquement concerner la sensibilité car l'absence de perceptions, les perceptions insensibles de Leibniz, conduisent forcément à tronquer le jugement.

Il existe ici une sorte de nœud qui rassemble les perceptions et le jugement à l'intérieur duquel se joue un jeu d'ombres et de lumières. Un jeu déjà imaginé par Platon, dans *la République*, un jeu d'ombres trompeur qui peut faire de ce que l'on tient pour certain n'est qu'illusion. Mais ce que Leibniz avance c'est qu'il n'est pas justifié de bannir ce qui demeure insensible sous prétexte que cela échappe à notre perception.

« Cette connaissance des perceptions insensibles sert aussi à expliquer pourquoi et comment deux âmes ou autrement d'une même espèce ne sortent jamais parfaitement semblables des mains du Créateur et ont toujours chacune son rapport originaire aux points de vue qu'elles auront dans l'univers.»²¹⁰

L'objet entendu, observé existe bel et bien mais la perception qu'on en a est modifiée selon le point de vue de celui qui écoute et qui regarde ou qui sent ce qui se produit.

²¹⁰ *Ibid*, p.44.

Adulte et enfant se rejoignent dans le réel du soin qui se déroule avec de la contention mais la perception que produit l'événement n'est pas forcément sensible, ni le jugement qui en découle, juste. Cela nous conduit à nous demander à nouveau si nous sommes confrontés à une intuition aveugle ou une cécité du jugement lorsque l'adulte fait abstraction de ce qu'il perçoit lorsqu'il tient de force l'enfant.

Intuition aveugle ou cécité du jugement ?

Les liens se renforcent dans notre développement entre l'intuition et le jugement qui semblent s'opposer arbitrairement pour expliquer la suprématie de l'un sur l'autre. Il semble pourtant que les éléments se confondent lorsqu'il s'agit de comprendre ce qui est sensible et ce qui est insensible, ce qui est perçu et ce qui ne l'est pas, ce qui est conscient et ce qui est inconscient. Car à quoi peut bien servir la suprématie du jugement de l'adulte sur le raisonnement enfantin immature s'il se fonde sur des perceptions insensibles ? Le déséquilibre entre les perceptions des uns et des autres explique qu'ils ne fondent pas leur jugement de manière identique.

La conscience de l'enfant ne semble pas fermer les portes aux petites perceptions comme le ferait un adulte. *A contrario* il faut admettre que l'adulte ne donne son attention qu'au mugissement qui le saisit au bord du rivage en ignorant la multitude des petits bruits produits par chaque vague alors on comprend sa capacité d'abstraction. Ainsi il est possible d'admettre que l'assemblage des petites perceptions n'offre pas au final la même image selon les uns et les autres.

Plus précisément, peut-on considérer que la vue d'ensemble du soin où l'enfant est contenu, soit le fruit d'un découpage d'une multitude de petites perceptions qui rassemblées toutes entre elles s'annulent à l'instant où la vue de la scène apparaît à la conscience ? Les mains posées sur les petits bras et les petites jambes qui gigotent, la vue de son visage qui grimace, de son regard effrayé et de ses larmes, le bruit de ses pleurs, et surtout la vision de la sonde qui s'approche de la narine, le contact de l'index et du pouce sur le tuyau souple de la sonde tout un ensemble de petites perceptions qui s'entrechoquent, perceptions insensibles qui aboutissent à un assemblage conscient coupé des sensations inconscientes.

Un assemblage qui finalement donne à voir à l'adulte qui soigne la scène d'un soin, là où l'enfant perçoit force et contrainte. Alors ne peut-on pas parler d'une intuition aveugle ?

Qu'est ce qui pourrait expliquer qu'elle le soit ? Pourquoi la synthèse de l'intuition et de l'entendement cesserait elle d'interagir pour certains et pas pour d'autres? Voilà des questions qui renforcent l'énigme qui semble surgir de la situation de contention de l'enfant pendant le soin. La notion d'intuition, son existence, sa validité sont à questionner avant d'approfondir le risque de voir cette faculté être aveuglée.

Mais avant cela, il est nécessaire de mieux cerner en quoi l'intuition de l'enfant nécessite d'être réhabilitée. Nous interrogerons dans un deuxième temps en quoi le soignant est potentiellement concerné par occultation transitoire de son entendement en raison d'une intuition qui est devenue aveugle.

2. D'une opportunité offerte par l'intuition

L'intuition donne un nouvel accès à la compréhension du phénomène de la contention de l'enfant pendant le soin tant du point de vue du soignant que de celui de l'enfant. Effectivement il faut se demander quelle est la nature de l'intuition de l'enfant face à cet événement ? Son intuition est-elle du même ordre que celle de l'adulte alors que nous venons de comprendre avec Leibniz que certaines perceptions étaient insensibles ? Dans ce cas peut-on donner du crédit à ce qui provient de l'intuition ? D'autant qu'il existe des différences de perceptions d'un individu à un autre. Cela signifie-t-il que l'intuition varie en fonction du genre, de l'âge, de la culture ?

D'une intuition plurielle à une concurrence

Il y aurait alors différentes intuitions et différents degrés d'intuition également. Il y a comme un effet de vase communicant, plus on fait preuve de sensibilité, plus on semble doté d'intuition, à l'inverse moins on fait intervenir la sensibilité et l'intuition plus cela valide la force des compétences rationnelles.

Au-delà d'un clivage pour le peu simpliste, il y a peut-être dans l'attribution de ce supplément de sensibilité, une façon déguisée de déconsidérer la capacité rationnelle de celui qui fait preuve de sensibilité et d'intuition. Notons, qu'en ce qui concerne l'enfant, il ne s'agit même plus d'intuition mais d'imagination. Le terme intuition est remplacé par celui d'imagination qui semble être un degré inférieur à celui où l'intuition se place sur une échelle virtuelle de compétences rationnelles. Il y a une sorte de clivage entre le raisonnement et de l'imagination qui les oppose, qui les met en situation de concurrence. Dans cette compétition on s'aperçoit bien vite qu'avec de telles règles du jeu, (celles fixées par les adultes savants) l'enfant est nécessairement perdant. Lui qui ne semble avoir selon l'opinion commune ni raisonnement ni intuition, il dispose tout juste d'un imaginaire qui trahit sans cesse son jugement.

Il apparaît alors utile d'affermir notre définition de l'intuition au regard de la situation de l'enfant. Démarrons par le constat des liens qui unissent la sensibilité, dans le sens de la capacité à recevoir des informations du monde sensible, à la notion d'intuition.

Or chacun s'accorde sur le fait que l'enfant dispose très tôt, de la sensibilité. La source de l'intuition est selon Kant incontestablement sensible.

« Notre nature est ainsi faite que l'intuition ne peut jamais être que sensible, c'est à dire ne contient que la matière dont nous sommes affectés par des objets, tandis que le pouvoir de penser l'objet de l'intuition sensible est l'entendement. [...] L'entendement ne peut rien *intuitionner*, ni les sens rien penser. »²¹¹

La définition kantienne de l'intuition se démarque de celle de Descartes qui considérait l'intuition comme un mode de connaissance rationnel, en dehors du « [...] témoignage instable des sens et du jugement trompeur de l'imagination. »²¹². L'intuition cartésienne correspond à « [...] une représentation qui est le fait de l'intelligence pure et attentive, représentation si facile et si distincte qu'il ne subsiste aucun doute sur ce que l'on y comprend ; [...] »²¹³

²¹¹ Kant, *Critique de la raison pure*, PUF, 2004, p.77.

²¹² Descartes, *Règles pour la direction de l'esprit*, Paris, Le Livre de Poche, 2002, p.85.

²¹³ *Ibid.*

Dans ce cas, nul besoin de déduction, pour faire apparaître à l'esprit des choses *faciles à saisir*. La conception de l'intuition qu'offre Descartes s'approche de la raison *a priori* kantienne, dans le sens où c'est un moyen pour l'homme de connaître un objet avant même d'en faire une quelconque déduction.

Mais attention, car jamais Descartes n'a semblé accorder à l'enfant la faculté d'intuition dont nous parlons ici. Lorsqu'il évoque l'intuition comme une faculté à se représenter les choses facilement et distinctement par le fait d'une intelligence pure et attentive, il pense à une faculté que seul l'adulte détient, car initialement l'enfant ne dispose pas de la raison.

Pour Descartes, le raisonnement fait défaut à l'enfant, celui-ci est voué à l'erreur, son imagination fausse son intuition et de regretter d'avoir été enfant avant que d'être adulte.

« [...] nous avons tous été enfants avant que d'être hommes, et qu'il nous a fallu être gouvernés par nos appétits, et nos précepteurs, qui étaient souvent contraires les uns aux autres et qui ni les uns ni les autres ne nous conseiller peut-être pas toujours le meilleur, il est presque impossible que nos jugements soient si purs ni si solides qu'ils auraient été, si nous avions eu l'usage de notre raison dès le point de notre naissance, et que nous n'eussions jamais été conduits que par elle. »²¹⁴

La raison de l'enfant est engourdie et c'est à force d'effort que l'adulte finira par se défaire de ce qui endort son raisonnement : la saturation de son esprit par la recherche de l'assouvissement de ses désirs spontanées et l'enseignement de faux jugements que l'absence d'esprit critique de l'enfant le conduit à prendre pour vrais. Henri Gouhier dans son ouvrage *La pensée métaphysique de Descartes*, considère que le *Discours de la méthode* livre « une psychologie de l'enfant très précise ».

²¹⁴ Descartes, *Discours de la méthode - poche- Les classiques de la Philosophie*, LGF, Paris 2000, p.81-82.

Réfutation de l'idée cartésienne de l'intuition enfantine

Descartes regrette, selon Gouhier, la corruption du raisonnement de l'enfant car il y découvre « [...] l'obstacle fondamental à toute recherche de la vérité. Quand l'esprit est encore vide de préjugés ; son intelligence est assoupie ; quand elle est enfin complètement éveillée, les préjugés occupent la place. "Le meilleur vient le dernier, qui est l'entendement..." L'âge de raison arrive trop tard. »²¹⁵

Si l'âge de raison survenait dès la naissance de l'enfant alors on pourrait considérer l'intuition enfantine à partir de la conception cartésienne. L'intuition que l'enfant a du danger pourrait alors témoigner d'une fulgurance de l'esprit. L'intuition cartésienne pourrait offrir une nouvelle opportunité de légitimer la réaction de l'enfant face à la sonde. Le problème vient du fait que cette intuition apparaît dans un contexte sensible précis : les mains qui retiennent le mouvement de l'enfant, la sonde qui s'approche du visage. Le témoignage des sens inaugure l'intuition de l'enfant.

Or Descartes dédaigne les aspects sensibles pour définir l'intuition. Le sensible est justement selon lui source de doute, tandis que l'intuition est claire et précise. Kant réconcilie, par une vision synthétique, les facultés sensibles et l'entendement bien qu'il en fasse une étude bien distincte.

En admettant l'importance de la sensibilité dans le raisonnement, il crédite la faculté de toutes personnes frappées par le sensible de se représenter simultanément ce qu'elle perçoit, et engage implicitement sa faculté d'entendement. Dans la mesure où l'enfant accède à expérience sensible c'est qu'il dispose d'un raisonnement *a priori*.

L'enfant raisonne à sa mesure sur les phénomènes qu'il perçoit. Il relie les éléments entre eux. Il fait du lien entre la cause et l'effet qu'elle produit. Or on peut noter que pour Kant la liaison de la cause à l'effet traduit « [...] une dignité qu'il est impossible d'exprimer empiriquement »²¹⁶

²¹⁵ Gouhier, Henri, *La pensée métaphysique de Descartes*, Vrin, 1987, p.49.

²¹⁶ Kant, *Critique de la raison pure*.p.104.

L'effet est à la fois le résultat et la condition de la cause. C'est ainsi que l'enfant dispose de la possibilité de tisser progressivement sa connaissance du monde. On peut considérer qu'il bâtit graduellement les concepts qui lui permettront à l'âge adulte d'assembler ce qu'il perçoit à ce qu'il sait. Ce que l'esprit connaît de l'objet lui est donné par l'intuition.

De la présomption d'un raisonnement intuitif

Des mains retiennent les mouvements de l'enfant, les muscles se tendent, ses yeux voient la sonde s'approcher. Une quantité de sensations assaillent l'enfant. Les alertes visuelles et cénesthésiques sont nombreuses. L'enfant pressent intuitivement le désagrément que l'intrusion d'une sonde dans sa narine va provoquer. Il sait que cette expérience est le contraire d'une expérience agréable sans en avoir forcément fait l'expérience. Même un tout petit bébé tourne la tête lorsqu'on approche la sonde de sa narine.

S'il était possible d'entendre le discours intérieur du bébé à cet instant, et bien que ce discours s'énonce sous une forme qu'il nous est impossible de connaître, alors on entendrait peut être quelque chose d'équivalent à ceci : « cette expérience n'augure rien de bon, il faut que je me sauve. ». Entendre ici : « il faut que je me mette à l'abri d'un danger que je pré-sens ». Effectivement l'enfant cherche à s'extraire, tente de se sauver, pour rester sauf !

Il sent à l'avance que ce qui va se produire représente un danger pour lui. C'est pour échapper au danger qu'il anticipe que l'enfant essaye de *se* sauver. Les sens de l'enfant sont en alerte et livrent à l'intuition sa matière première. L'intuition délivre quant à elle une représentation fulgurante du danger. Celui-ci prend forme de manière claire et précise dans l'esprit de l'enfant.

Les sensations qui affluent subitement par l'intermédiaire du corps de l'enfant : ce qu'il sent, ce qu'il voit, ce qu'il entend sont matières à préfigurer ce qui va se produire. Cet assaut de sensations est ce qui semble fonder l'intuition de l'enfant. On imagine donc que l'intuition de l'enfant devance l'élaboration de la pensée. Certes avant même qu'apparaisse un raisonnement élaboré, l'image d'un danger s'allume dans son esprit. D'ailleurs en latin, l'intuition vient du verbe *intuitio*, qui correspond à l'action de voir (*tueri*) dans (*in*), l'image se réfléchit dans une glace.

L'enfant *voit* en quelque sorte dans les sensations d'alertes que lui envoie son corps, l'idée du danger, il en a l'intuition. C'est-à-dire qu'il a la possibilité de connaître immédiatement le danger que représente la sonde qui s'approche, il a la possibilité d'en avoir une connaissance directe. Mais en quoi le fait que l'enfant ait une connaissance intuitive de ce qui va se produire, lui interdirait d'accéder à un raisonnement ?

Voilà peut-être une question qui nous aide à aborder des aspects essentiels de ce qui se joue au cœur du phénomène de la contention. Tout se passe en effet, comme si la connaissance intuitive de l'enfant de la sonde, du danger qu'elle représente, était un argument de plus pour disqualifier sa capacité à raisonner. Tout se passe comme si l'intuition de l'enfant, était un élément supplémentaire à charge, dans le procès qui est fait, à la faculté de raisonner de l'enfant. Puisque sa réaction de retrait est motivée par une intuition alors celle-ci serait nécessairement dénuée de raisonnement.

Il nous semble qu'il existe une sorte de clivage entre le raisonnement et l'intuition de l'enfant. Certes les intrications de l'un et de l'autre sont admises dans de nombreuses conceptions, pourtant en pratique, il est courant d'opposer injustement l'intuition à la raison.

On pourrait considérer qu'il existe une sorte de mauvaise foi des adultes confrontés aux réactions de l'enfant qui les empêcherait d'admettre l'aspect synthétique de l'intuition et du raisonnement. Il y aurait alors une tendance à faire comme si le raisonnement était une modalité unique et spécifique, propre à la pensée de l'adulte. Ou encore une tendance à classer l'intuition et le raisonnement de manière séquentielle, ou chronologique.

Or on a pu s'apercevoir que le raisonnement s'appuie nécessairement sur ce que lui livre l'expérience empirique, mais que cela se produit quasiment simultanément. Ce qui pourrait nous conduire à conclure à un raisonnement intuitif tout aussi réel qu'un raisonnement discursif.

Chapitre XV : De l'intuition à la raison *a priori*

L'enfant saisit la succession des événements : la sonde qui s'approche va, l'instant suivant, venir faire effraction dans le nez. S'il a notion de la chronologie des événements, c'est donc qu'il perçoit le temps.

« En effet, la simultanéité ou la succession ne tomberaient pas elles-mêmes sous notre propre perception si la représentation du temps ne lui servait pas *a priori* de fondement. »²¹⁷

L'homme a l'intuition de l'espace et du temps. Ces deux notions sont selon Kant de l'ordre de l'intuition pure, c'est-à-dire qu'elles sont indépendantes de toute expérience empirique. On le vérifie ici chez l'enfant. L'enfant n'a pas besoin de faire l'expérience du temps, il a notion *a priori* de la chronologie (du temps qui passe). Or si l'enfant dispose déjà de l'intuition du temps et de l'espace, que cette perception est *a priori*, c'est donc qu'il jouit d'un raisonnement, puisque les sensations s'expriment par la raison. Formulé différemment, on pourrait considérer que c'est parce que les sensations résonnent pour l'enfant, au sens où elles trouvent un écho, qu'il raisonne et ce même si son raisonnement diffère de celui de l'adulte.

L'enfant effrayé par la sonde, vit une expérience empirique mais celle-ci prend forme grâce à sa faculté de raisonner. Mais de quelle manière l'enfant raisonne-t-il face à cette situation ?

En pratique la faculté de raisonner de l'enfant semble pourtant être remise en cause lorsqu'il s'agit d'un enfant qui refuse d'être soigné. Le raisonnement de l'enfant ne semble pas être suffisamment fondé pour que les adultes qui le soignent en tiennent compte. Mais est-ce la raison de l'enfant qui est remise en question ou est-ce sa faculté d'entendement ? Ne parle-t-on pas plutôt de sa capacité à se montrer raisonnable ?

²¹⁷ *Ibid.* p.104, p.61.

1. Se raisonner ou être raisonnable ?

Interrogés à propos des situations où l'enfant refuse de « se laisser faire » au cours d'un soin, des soignants justifient la contrainte qu'ils exercent par le fait qu'ils ne parviennent pas à raisonner l'enfant. Voyons à partir de ces paroles ce qu'il est possible d'entendre au travers de l'expression « se raisonner ».

Se raisonner

Extrait d'une réunion organisée dans le cadre de l'enquête exploratoire sur le thème

La soignante s'exprime à la suite d'une collègue qui vient d'évoquer l'importance des explications données à l'enfant à qui on pose une sonde naso-gastrique. Cette soignante travaille auprès d'enfant qui sont âgés de zéro à deux ans, tandis que sa collègue travaille avec des enfants plus grands.

« Nous, on ne peut pas avec les petits ! S'ils n'ont pas les deux mains bien tenues, ... Comme on ne peut pas les raisonner... toi, tu peux les raisonner : leur dire de ne pas arracher la sonde... nous, on ne peut pas les raisonner... »

Le petit enfant est incapable de *se raisonner*, pour laisser les soignants faire le soin. Le verbe *raisonner* exprime l'idée de se servir de sa raison pour juger d'une situation. Pour ce faire, la raison établit des liens entre les faits, effectue des rapprochements obligatoires. C'est-à-dire que la raison considère l'enchaînement entre différents éléments comme nécessaire. Si je jette la pierre en l'air alors elle retombera. Ces liaisons nécessaires étayent le raisonnement et fondent le jugement. Certains rapports nécessaires apparaissent évidents pour l'adulte mais ne le sont pas pour l'enfant.

Le rapport nécessaire, entre le fait de mettre la sonde et le fait de soigner l'affection de l'enfant paraît évident dans le raisonnement médical. Cependant ce rapport ne semble pas être perçu par l'intéressé lui-même: l'enfant.

Mais qu'est-ce que *se raisonner* ? En ce qui concerne le petit enfant à qui les soignants veulent poser la sonde, il ne s'explique pas les raisons de ce geste ou du moins, il n'identifie pas ces raisons comme le soignant peut le faire. Le choix de la formule réflexive : *se raisonner*, évoque un processus d'introspection en deux temps.

Si l'enfant acceptait d'emblée alors on pourrait dire qu'il raisonne et non qu'il se raisonne. La formule : *se raisonner* implique, que le raisonnement de l'enfant s'adresse à lui-même. Cela se rapporte à une sorte de débat intérieur entre un raisonnement immédiat qui conduirait à refuser l'intrusion de la sonde et un raisonnement décalé dans le temps vis à vis des premières conclusions. L'enfant chercherait à se convaincre lui-même en quelque sorte. Encore faudrait-il qu'il adhère à la thèse des soignants selon laquelle l'intrusion de la sonde dans le nez ou plutôt (selon le raisonnement médical) la pose d'une sonde naso-gastrique est nécessaire à sa santé.

Ce raisonnement *a posteriori* viendrait pondérer le jugement initial de l'enfant. Alors celui-ci parviendrait à relier les éléments de la situation, à en faire la synthèse et il *se* raisonnerait. Tout cela est au conditionnel car dans la situation que nous traitons, le petit garçon ne parvient pas à relier la nécessité d'insérer une sonde dans sa narine à son état de santé. Si c'était le cas, s'il était en mesure d'étudier la situation avec pondération, de faire la part des choses, un *ratio* entre ce qui est en sa faveur et en sa défaveur, et de moduler ses réactions en fonction de cela, alors il pourrait peut être finalement, suite à un dialogue intérieur, après une sorte de marchandage avec lui-même, *se faire une raison* et accepter de se faire soigner.

Dans cette fiction où l'enfant aurait les mêmes modes de pensée que les soignants adultes, où finalement le jeune malade comprendrait les raisons médicales du geste et s'y soumettrait sans rechigner alors il deviendrait *raisonnable*. Mais ce *raisonnable*-là, ne saurait être entendu en tant que faculté universelle, propre à chaque l'homme d'user de sa raison pour comprendre les phénomènes *a priori*.

Ici le *raisonnable* correspond à l'action d'entendre et d'accepter, de faire siennes les raisons proposées par les autres. C'est un peu comme si le fait de donner à entendre à l'enfant le raisonnement de l'adulte, lui conférerait instantanément un surplus d'entendement, c'est-à-dire augmentait sa faculté de comprendre.

Dans l'absolu, cela est vrai car les explications des adultes aident petit à petit l'enfant à faire des liens et à comprendre les effets et les causes, à conceptualiser en quelque sorte.

La compréhension *a priori* implique que l'on soit capable de réunir les expériences et de les relier. Le petit d'homme a par définition peu d'expériences pour étayer sa pensée. L'enfant est un être de raison *en puissance* mais sa capacité à raisonner est en cours de construction. En d'autres termes il a la possibilité de raisonner mais celle-ci ne se traduit pas encore véritablement en acte comme le suggère le raisonnement aristotélicien.

« [...] ; par exemple ce qui bâtit est à ce qui est capable de bâtir comme ce qui est éveillé à ce qui dort, ce qui voit à ce qui a les yeux fermés mais qui possède la vue, ce qui est séparé de la matière à la matière, et ce qui est achevé à ce qui est inachevé. Posons que l'acte est défini par des deux côtés de cette différence et que l'autre côté est ce qui a la puissance. »²¹⁸

Il faudra du temps, du soutien et des repères extérieurs à l'enfant pour qu'il raisonne en acte à la manière de l'adulte. La nature de l'enfant le dispose au raisonnement, mais cette disposition nécessite d'être développée, elle est en puissance. « L'importance de contracter telle ou telle habitude dès la prime jeunesse n'est donc pas négligeable mais tout à fait décisive, ou plutôt, c'est le tout de l'affaire. »²¹⁹

Selon Aristote les vertus morales et intellectuelles sont le résultat de l'habitude s'ajoutant à la nature. La vertu intellectuelle croit à partir d'une disposition naturelle qui demande à être confirmée par l'éducation.

C'est par nature qu'il détient les dispositions nécessaires, la nature le dispose au raisonnement mais celui-ci doit s'exercer. C'est en raisonnant que l'enfant apprend à raisonner. L'action de raisonner se renforce au fil d'expérience et d'enseignement à condition que ses pédagogues le guide dans la bonne direction.

La manière choisie pour guider l'enfant dans son raisonnement lors du soin est peut-être à questionner dans la mesure où elle ne l'invite pas véritablement à exercer sa propre pensée mais plutôt à accepter les explications des soignants. En outre, le développement des facultés de raisonnement d'un enfant ne se décrète pas.

²¹⁸ Aristote, Trad. Pellegrin et Collectif, *Métaphysique*, 1048 b-1049a, p.1874.

²¹⁹ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1103a-1103b, p.2003.

Les injonctions à comprendre sont même contre productives dans la mesure où l'enfant n'a pas la liberté d'associer par lui-même les éléments de compréhension. Lorsque l'injonction à adhérer au raisonnement de l'adulte devient pressante, elle provoque de l'inquiétude et du stress chez l'enfant, ce qui est défavorable au processus d'acquisition.

Pourtant il est fréquent d'entendre un adulte qui cherche à persuader un enfant, lui dire : « Sois raisonnable ! ». Cette injonction traduit la volonté de rallier l'enfant à l'opinion de l'adulte.

L'injonction ne traduit pas une invitation à user de sa raison propre mais plutôt d'entendre les raisons qui, selon eux, justifient telle ou telle action. Lorsqu'on demande à un enfant d'être raisonnable, on lui demande en réalité de se rallier aux raisons de l'adulte. Lorsque les soignants réclament à l'enfant de *se raisonner*, ils souhaitent que le raisonnement de l'enfant soit équivalent au leur. Ce n'est pas un raisonnement qu'ils sollicitent mais un ralliement. Cette exigence d'adhésion s'inscrit dans une subordination de la raison de l'enfant à celle de l'adulte. Le soignant est l'adulte savant, ce qui subordonne implicitement son raisonnement à celui de l'enfant. Lorsque le soignant demande souvent à l'enfant de se raisonner, notons que certains soignants usent d'autres stratégies et cherchent plutôt à rejoindre l'univers de l'enfant que le ralliement de celui-ci à la raison de l'adulte. Mais dans les situations fréquentes où le soignant prie l'enfant de se raisonner alors on peut considérer qu'il lui demande tacitement de se soumettre à son propre jugement.

Raisonner ou entendre raison ?

Dans le cas de la situation clinique le ralliement est un échec. L'enfant ne raisonne pas comme l'adulte, il se soustrait à la proposition d'adhérer au raisonnement de l'adulte. Il suit son propre raisonnement.

L'enfant débordé par la peur de l'effraction de la sonde dans sa narine est incapable de rapprocher ce qu'il considère potentiellement comme une agression à une action bénéfique pour lui. Il n'établit pas de lien entre l'introduction de cette sonde et un mieux-être, c'est même le contraire ! En effet son refus du geste ne traduit pas une absence de raisonnement.

Il relie effectivement l'intrusion de la sonde à un danger immédiat pour lui-même, d'où la nécessité de se débattre. Il raisonne empiriquement sans tirer de ce raisonnement les mêmes conclusions que les adultes qui l'entourent. Nous distinguons donc une nuance entre le raisonnement des différents protagonistes et les raisons qui justifient le soin. Un raisonnement peut être valable même s'il n'est pas en accord avec les raisons proposées par d'autres. Cette nuance est peut être à l'origine d'une confusion dans l'interprétation de la scène. Le risque est de conclure rapidement sur l'incapacité de l'enfant à raisonner alors qu'en réalité ce dernier ne se range tout simplement pas aux raisons qui justifient les actes des adultes.

Nous voilà face à un double usage de la raison : celle de donner du sens à ce qui se produit grâce à l'usage de la raison, ce qui appartient à la subjectivité et la raison des choses, qui serait plutôt de l'ordre de l'objectivité.

Mais être capable de raisonner ne signifie pas nécessairement que l'on poursuive le même raisonnement et que l'on saisisse la raison des choses de manière identique.

D'un point de vue médical, la sonde doit être posée, la nourriture et les médicaments doivent glisser dans l'estomac de l'enfant. Ce geste est nécessaire pour le soigner, pour le guérir, pour lui sauver la vie peut être ? Il existe une longue liste d'arguments médicaux qui justifient la pose de la sonde, qui expliquent en quoi ce geste va faire du bien à la santé de l'enfant.

2. De l'intuition empirique au raisonnement

L'enfant lorsqu'il refuse le soin se forge une toute autre idée de ce qui se produit en établissant un rapport entre les faits : l'introduction de la sonde dans sa narine est alors associée à un danger tandis que les soignants y voient une raison salvatrice. L'enfant raisonne à partir de son expérience immédiate, de ses perceptions sensibles. L'enfant est alerté par ses sens, qui l'informent d'un risque de douleur. La perception sensitive de la douleur est opérationnelle chez le bébé aux alentours de la vingt-quatrième semaine de sa vie fœtale. Il dispose très tôt de l'équipement sensoriel nécessaire pour percevoir la douleur. Le bébé a mal avant même d'être en mesure de penser la douleur en tant que telle. Aristote décrit cette primauté des facultés sensibles sur l'entendement.

« De plus, tout ce que la nature met à notre disposition, nous l'apportons d'abord sous forme de capacités et ensuite nous y répondons par nos actes, comme on le voit précisément dans le cas des sens. Ce n'est pas en effet, de l'acte fréquent de voir ou de l'acte fréquent d'entendre que nous tirons nos facultés des sens, mais l'inverse ; c'est parce que nous les possédons que nous en avons fait l'usage et ce n'est pas l'usage qui nous en a donné la possession.» ²²⁰

Ce constat aristotélicien se vérifie avec le phénomène de la douleur de l'enfant. Disposé dès sa naissance à percevoir la douleur, le bébé en grandissant s'expose à des expériences douloureuses qui seront reconnues seulement dans un deuxième temps en tant que telles. Le bébé reçoit la sensation de la douleur avant d'en avoir la connaissance. On peut dire que l'enfant a une *intuition empirique* de la douleur. Ce constat nous conduit à nouveau, à partir de l'exemple de la douleur à mettre en évidence les interactions puissantes entre perception du sensible et entendement par la médiation de l'intuition.

Les liens entre la raison et l'intuition conduisent à reconnaître le raisonnement *a priori* de l'enfant ce qui ouvre des perspectives de compréhension de son comportement d'une toute autre portée. Le fait que l'enfant repousse intuitivement la sonde n'invalide pas son raisonnement, il le fonde. Cette démonstration est un préambule à l'ensemble du questionnement.

Reconnaître la force de l'intuition de l'enfant, au sens philosophique du terme, dans la situation de soin, amène à reconnaître une altérité du raisonnement face à l'événement entre l'enfant et le soignant. Si l'enfant dispose au même titre que le soignant, de l'intuition, donc de la faculté de raison *a priori*, alors le soignant n'a aucune légitimité pour réfuter les conclusions de l'enfant. Ce postulat est à considérer lorsqu'il est question de trouver les arguments pour convaincre l'enfant de faire un soin.

²²⁰ Aristote, trad. Pellegrin et Collectif, *Ethique à Nicomaque*, 1103a, p.2002.

De la survenue de l'altérité à son déni

Parions sur le fait que la reconnaissance du raisonnement de l'enfant par le soignant, bien que différent du sien, engage la reconnaissance de l'altérité de l'enfant. Le refus du soignant d'admettre que le jugement de l'enfant soit recevable pourrait en effet être assimilé à une forme de déni d'altérité de la part du soignant. Si l'adulte invalide le jugement de l'enfant c'est qu'il ne parvient pas à penser que l'enfant puisse raisonner différemment de lui. La pensée de l'enfant n'est pas distincte de celle de l'adulte, l'enfant est un autre moi mais qui n'est pas autorisé à se distinguer de moi, il *est* moi, alors l'altérité n'existe pas.

Ce qui explique peut-être le malaise dans lequel les soignants se retrouvent plongés lorsque l'enfant refuse intuitivement le soin. Le petit garçon fait entendre sa raison, par là même il fait valoir son altérité auprès de l'adulte qui le soigne. L'altérité laisse entendre que l'enfant est autre, au sens qu'il est un autre soi-même. Alors lorsque l'enfant s'agite, refuse, il exprime un caractère universel qui confronte en quelque sorte le soignant à lui-même.

Car lorsqu'il regarde l'enfant, c'est lui-même que le soignant aperçoit. Il ne parvient pas à se « décoller » de l'image de l'enfant, il n'y a pas de différenciation. L'image de la contention forte, qu'il reçoit par la vue, ne lui donne pas seulement à voir l'enfant vulnérable mais c'est aussi lui-même qu'il voit. L'absence de distinction entre soi et l'autre produit de la confusion, une forme de chaos qui trouble l'esprit.

Le fait d'accueillir par le biais de la pupille de l'œil, l'image de la réalité permet d'en prendre conscience. Ne pas distinguer cette réalité traduit une difficulté. Car c'est peut être lui-même que le soignant refuse de voir au moment où son action ne correspond pas à l'image qu'il veut avoir de lui. Car comme le suggère Platon regarder l'autre implique de se voir soi-même.

« N'as-tu pas remarqué que, lorsque nous regardons l'œil de quelqu'un qui nous fait face, notre visage se réfléchit dans sa pupille comme dans un miroir, ce qu'on appelle aussi la poupée, car elle est une image de celui qui regarde? »²²¹

²²¹. Platon, *Alcibiade*, Œuvres complètes, Editions Flammarion, Paris, 2008 et 2011, 133a, p.38.

La pupille de celui qui est regardé renvoie l'image de celui qui regarde. La notion de réflexivité est cruciale dans la perception d'autrui. La réflexivité est engagée dans l'action de voir ce qui engage également la capacité de distinction.

Encore faut-il connaître ce qui entrave la capacité du soignant à distinguer. Ces difficultés tiennent-elles, au fait qu'ils ne voient pas ce qu'ils sont en train de faire ?

Ou à l'inverse la vision de cette réalité est-elle tellement dérangeante que l'entendement préfère y rattacher des explications qui ne relèvent pas de la raison, qui sont irrationnelles ? En effet lorsque les soignants expliquent qu'ils contiennent l'enfant de force parce « qu'il n'est pas raisonnable », ou du moins que celui-ci ne se rallie pas aux raisons médicales, ils occultent l'immaturité cognitive de l'enfant, sa détresse.

Le fait que le soignant ne voie pas les limites de la compréhension de l'enfant, conduit à suggérer que dans ce cas l'adulte n'use pas lui-même totalement de sa capacité de raisonnement.

Il y a là un véritable paradoxe puisque ce sont des adultes disposant de la faculté de raisonner, qui demandent à un enfant, dont le raisonnement est immature, d'être raisonnable. Ce constat est une des composantes de notre problématique.

Il semble que la situation particulière de l'usage de la force lors d'un soin conduise les soignants à modifier leur raisonnement habituel. Il se produit comme une bascule du mode de pensée des adultes qui soignent, au moment où ils sont contraints d'user de la force.

Le clivage provoqué par la contrainte physique entre enfant et professionnels s'exerce au-delà du rapport soignant-soigné en craquelant également la conception habituelle qu'ont les soignants de leur rôle. Craquelant peut être l'image de celle-ci et avec elle la vision de la scène de la contention, de l'enfant. La nature du regard que l'on porte sur une situation semble être à l'origine de ce craquellement. Le regard inaugure alors la manière de percevoir la situation ou encore d'être frappé de « cécité empathique ».

De l'importance du regard

Le regard est ce qui peut relier les personnes, entre elles, à elles-mêmes aussi comme l'avance Socrate inspiré par l'observation de la poupée de l'œil. Nous parlions du regard comme d'une passerelle invisible entre l'un et l'autre. Regarder l'autre consiste à tendre un lien entre lui et nous. Faire du lien c'est aussi échanger, donner et recevoir comme on a pu le voir plus tôt. L'échange des regards nécessite que les yeux se rencontrent. Ils doivent se chercher, se trouver, se poser. Alors seulement le lien se crée entre les deux personnes qui se regardent. C'est seulement après cette *connexion* des regards, que les pupilles peuvent refléter l'image de celui qui regarde. Le regard est en quelque sorte comme la fenêtre de la subjectivité, la sienne et celle de l'autre. Le lien que tisse le regard est fait des fils de l'intersubjectivité qui composera l'étoffe de la rencontre. Chez les aveugles ce lien se tisse différemment, c'est la voix qui fera le chemin jusqu'à l'autre mais aussi le toucher, le contact de la peau, de la main. (La particularité de l'inauguration du lien avec une personne qui serait dans l'incapacité de voir est intéressante à garder en mémoire pour la suite de notre développement.)

Or la rencontre des subjectivités n'est pas forcément toujours possible ni même souhaitable dans les moments où l'objectivation du corps devient la condition nécessaire à sa réussite. Le regard comme mise en tension de la subjectivité devient presque un obstacle à la rencontre du corps souffrant qu'il faut soigner.

Chapitre XVI : Un point de vue scotomisé

Le regard que l'on porte sur la contention diverge selon le point de vue d'où l'on se place pour observer. Un regard différent selon que l'on est celui qui est contenu ou celui qui contient ou encore celui qui regarde la scène du pas de la porte de la chambre.

Ce regard ne sera pas non plus le même si la personne qui regarde cette situation de contention forte de l'enfant, est un professionnel ou un visiteur qui se serait perdu dans les couloirs de l'hôpital. Un visiteur attiré par les cris de l'enfant, qui s'avancerait peut-être, dans l'encadrement de la porte de la chambre, restée entre-ouverte. Il regarderait alors la scène sous un nouvel angle de vue et aurait alors un point de vue différent sur la situation. Un visiteur qui aurait jeté un regard curieux, puis, peut être incrédule, à cette scène où l'on use de la force pour soigner un enfant. Une scène qui au premier regard s'apparente potentiellement pour un béotien des soins à un match de catch surréaliste et inégal.

Ce que l'on voit de la contention est donc différent selon la personne qui regarde, selon le point de vue d'où elle regarde. Mais est-ce le regard qui change où l'ouverture (d'esprit) de celui qui accueille ce que son regard lui livre ? Est la personne qui est aveugle à ce qui se présente ou est-ce l'angle de vue, le point de vue qui empêche de voir ? Ou est-ce le contraire ? Un point de vue différent permet-il de voir ce que d'autres ne voient pas ? Car le regard est aussi un synonyme pour évoquer une ouverture. Un accès sur le visible qui varie selon une quantité d'éléments, à la fois liés aux circonstances, au lieu, à la distance et aussi à la manière d'ouvrir sa pensée aux informations que le regard transmet.

1. De points de vue différents à l'altérité de la perception

Les points de vue, divergent donc tant au sens propre qu'au figuré, d'une personne à une autre. Le point du vue des professionnels concernant l'usage de la contrainte en pédiatrie varient d'un soignant à un autre, d'une équipe à une autre.

Inévitable pour les uns, regrettable pour beaucoup, nécessaire pour d'autres, la contention est une pratique dont la définition est à géométrie variable. Les degrés de l'acceptable semblent varier selon le point de vue que l'on adopte.

Si la perception de la contention diffère selon les points de vue, est-ce pour autant que la réalité de celle-ci change, qu'elle se transforme ? Nul doute qu'il faille distinguer les points de vue sur la contention, de la perception que chacun peut en avoir. Il convient donc d'approfondir en détails ce qui se passe concrètement pour chacun pendant le soin.

De l'autre côté de la sonde

Afin de renforcer l'étude des *points de vue* vis-à-vis de la contention, nous proposons une étude *optique*, c'est-à-dire un examen de ce que chacun peut *voir* en pratique. Tachons pour se faire, de nous glisser dans le champ visuel des uns et des autres à la manière d'une caméra qui capterait les images reçues par la rétine de chacun. Placés dans la situation clinique décrite un peu plus tôt, soignants et petit garçon, voient les choses de façon différente.

L'enfant est de *l'autre côté de la sonde*, il voit un tuyau qui s'approche de sa narine. Son champ visuel est très réduit car des mains tiennent chaque côté de sa tête. L'enfant ne voit quasiment que la sonde car elle est au premier plan, l'arrière-plan est flou d'autant que les larmes embrument déjà le regard. La sonde est à quelques centimètres des yeux, la perspective change, la sonde grossit de plus en plus, les proportions se transforment. La sonde toute proche est devenue énorme.

Passons maintenant à ce que voit le soignant ? Que voit celui qui réalise le soin ? Que voit celui qui tient la sonde dans sa main et l'approche de l'enfant ?

Le champ visuel du soignant penché sur l'enfant est plus large que celui de l'enfant car il peut tourner la tête s'il le souhaite mais en l'occurrence, il ne le fait pas. Il est concentré. Le visage, donc le regard du soignant est à environ cinquante centimètres de l'enfant. Il voit la narine dans laquelle il va placer la sonde, il voit sa main et la sonde tenue entre le pouce, l'index et le majeur. Il voit la distance qu'il reste à parcourir avant de franchir la narine.

L'aperçu diffère, selon d'où le regard part. Ce que voient l'enfant et le soignant est forcément différent, forcément singulier, la vision de la situation change selon de là on est placé pour voir.

Un constat banal qui change pourtant totalement la perception de la situation. Une perspective qui transforme l'aperçu, un point de vue qui convertit la perception. Question de perspective diraient certains ou de point de vue diraient d'autres.

Le « *point de vue* » se dit d'un endroit en surplomb qui donne l'occasion d'observer un paysage dans son ensemble. Le point de vue n'est plus le même si l'observateur change d'endroit pour regarder le paysage ou seulement s'il fait un pas de côté, en se déplaçant de quelques mètres et pourtant l'horizon est resté identique, ce n'est que la manière de regarder qui a changé.

Le point de vue signifie aussi l'opinion, la façon de penser. Alors si le point de vue est différent selon la position de celui qui regarde il semble que l'opinion, la manière de penser puisse également changer en fonction de ce qui est vu. Car ce qui semble réel aux uns ne l'est pas forcément aux autres. L'opinion, la *doxa*, est ce qui prête à discussion, qui n'est pas du registre de la certitude. Or la perception de la vérité vient des preuves sur lesquelles nous nous appuyons pour fonder notre certitude, la difficulté apparaît lorsque les éléments qui fondent notre certitude peuvent varier. Il devient alors difficile fonder une vérité de façon irréfutable.

Si les observateurs ne voient pas les mêmes choses alors il devient difficile de se forger une opinion commune. Ou au contraire si nous voyons tous une ombre que nous pensons être la réalité alors notre opinion, certes commune, n'en est pas pour autant juste. Car l'opinion semble également influencer la vision de la chose.

« Toutes les perceptions de l'esprit humain se résolvent deux genres distincts que j'appellerai *impressions* et *idée*. La différence entre ces deux genres consiste dans les degrés de force et de vivacité avec lesquels ils frappent l'esprit et pénètrent dans notre esprit et conscience.»²²²

²²² Hume, David *traite de la nature humaine - essai pour introduire la méthode expérimentale dans les sujets moraux*, tome I, traduction, notes Leroy André, collection « bibliothèque philosophique ». Aubier, 1968, p.65.

Les idées font écho aux impressions dans l'expérience perceptive selon Hume. La priorité est accordée aux impressions, nées de l'expérience sensible. Elles sont considérées plus vivaces et plus fortes que les idées qui interviennent seulement dans un second temps. Hume privilégie l'impression comme phénomène inconscient vis-à-vis des idées qui se construisent consciemment à partir d'un matériel de pensée directement issu des perceptions immédiates nommées impressions.

A partir de l'expérience sensible, de la perception, la pensée se dessine en arrière-plan. Notre démarche s'attache à reconnaître les perceptions de chacun afin de mieux comprendre les pensées qui en résultent avec l'espoir d'approcher les concepts philosophiques qui sous-tendent ce type de situation.

L'authenticité de la perception ne doit cependant pas nous interdire de douter de la réalité perçue. La perception est vraie, on voit, on touche quelque chose mais l'impression qu'elle produit dans nos esprits et les idées qui en découlent résultent d'une construction individuelle et subjective qui peut être trompeuse. L'exemple de la perception de ce qui est « bien » pour l'enfant semble être une bonne illustration de ce qui peut être trompeur.

2. De quel bien parle-t-on ?

Le bien *pour* la santé de l'enfant ne doit pas se confondre avec le bien *de* l'enfant. En ce qui concerne, l'exemple du petit garçon, il est possible d'affirmer que cet enfant, à l'instant du soin, ne conçoit pas que la pose forcée de la sonde fasse son bien. Mais de quel bien parlons-nous ici ? Comment définir ce qu'est le bien ? Le bien de l'enfant diffère-t-il selon les circonstances, selon celui qui le détermine ? Comment décider ce qu'est le bien alors que sa définition semble être plurielle ?

Toute chose étant égale par ailleurs, Menon lorsqu'il tente de définir ce qu'est la vertu avec l'aide de Socrate, semble être aux prises avec les mêmes difficultés.

Alors qu'il cherche à définir une seule et unique vertu, il en découvre tout un essaim²²³. Il semble qu'il en soit de même pour le bien de l'enfant. Il pourrait y avoir le bien de l'enfant qui selon le chirurgien correspond à la réussite de l'intervention chirurgicale. Le bien pourrait correspondre aux qualités thérapeutiques de la nutrition entérale rendue possible par la pose d'une sonde nasogastrique, comme il pourrait coïncider avec la qualité du geste technique.

Nous entendons souvent au terme d'un soin où l'enfant a pleuré sans cesse en s'agitant, la fameuse phrase : « ça s'est bien passé ! ». Certes, le pansement ou le prélèvement est *bien* réalisé. Le *bien* n'est pas défini ici en fonction de l'enfant mais de la réussite du geste ou de l'examen. Difficile d'y voir clair dans cette quantité de description du bien, dans cet *essaim* de biens qui fait écho à celui évoqué par Socrate au sujet des définitions de la vertu proposées par Menon. Socrate prend l'exemple des abeilles et invite Menon à lui dire « [...] quelle est la propriété, qui sans créer la moindre différence, entre ces abeilles, fait qu'elles sont toutes la même chose. »²²⁴

Quant à nous, comment pourrions-nous nous y prendre pour déterminer une propriété commune qui permette de rassembler la pluralité du bien de l'enfant, qui puisse correspondre à la fois au bien de sa santé, au bien du traitement, et au bien de l'enfant lui-même ? Il s'agit de déterminer une figure commune, qui réponde à la pluralité des choses qui ont à voir avec le bien de l'enfant.

Car dans les faits, le bien de l'enfant se niche autant dans l'exécution du soin qui lui sauvera peut être la vie que dans la perception subjective de l'enfant qui considère que son bien serait qu'on ne lui fasse pas ce soin. Chercher à déterminer ce qu'est le bien, à partir de sa pluralité est peut être une entreprise vouée à l'échec. Il devient licite de se demander s'il est possible de trouver une réponse formelle à la définition du bien de l'enfant au sein des contingences pratiques ? Peut-être faut-il se dégager de ces contingences pour s'approcher d'une figure commune du bien de l'enfant ?

²²³ Platon, *Menon : Œuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2011, 72a-73a, p.1054-1055.

²²⁴ *Idem*, 72a-73a, p.1054-1055.

Platon engage à rechercher une forme commune au Bien, à révéler une théorie qui dépasse les contingences sensibles. Les perceptions plurielles semblent nous éloigner de l'Idée platonicienne du Bien. Il y a chez Platon une invitation à faire un usage théorique du Bien en proposant de s'extraire de la réalité sensible pour se concentrer sur la réalité intelligible.

La figure commune du bien de l'enfant serait alors liée à l'Idée que l'on se fait du bien. L'idée théorique du bien correspondrait ici à la conjugaison des représentations, à une mise en perspectives des contingences qui participent au bien de l'enfant, vers une forme commune de celui-ci : ce qui est bien pour lui à la fois du point de vue de sa santé et de son bien-être. Mais cette idée du bien est difficile voire impossible parfois à atteindre.

L'usage théorique de la forme du bien de l'enfant est une abstraction, difficile à faire coïncider avec les contingences que la maladie de l'enfant impose. Alors il semble qu'il y ait une sorte de corruption de l'idée du bien de l'enfant. Comme si la figure commune du bien de l'enfant s'était contenté, de rassembler ce qui est bien pour la santé de l'enfant, pour sa survie. En médecine, le bien visé est le maintien de la vie, un bien qui a longtemps été confondu avec l'intérêt supérieur de la personne. (La médecine est devenue moins exclusive et à élargi cette définition en particulier grâce à l'émergence des soins palliatifs et de nouvelles conceptions du droits des patients.)

Néanmoins la figure du bien qui semble dépasser les différentes contingences, apparait encore fréquemment dans le monde des soins sous la forme de la préservation de la vie. Le Bien de l'enfant malade hospitalisé peut alors être présenté sous la figure théorique de la Vie. Celle-ci est associée à la figure suprême du bien, vers lequel les actions des soignants tendent.

Le Bien de l'enfant se détache alors des contingences matérielles, il est au-dessus de cela. Peu importe les conditions requises pour y parvenir. Peu importe qu'il faille user de la force pour qu'il recouvre la santé, qu'il reste en vie. Le Bien de l'enfant, caractérisé ici par la guérison, elle-même symbolisée par le soin, prime sur le reste, notamment sur le refus de l'enfant.

Dans quelle mesure cette représentation du bien de l'enfant ne s'approche-t-elle pas d'une forme d'idéal platonicien ?

Il est possible de considérer que d'une certaine manière les soignants se rallient à une conception platonicienne du bien de l'enfant. Nous disions un peu plus tôt que les soignants peuvent se retrouver prisonniers du monde sensible, trompés par les ombres des contingences, incapables de voir ce qu'il y a au-delà de ce qui se présente directement à eux.

Admettre cette tromperie ne suffit pas à se dégager complètement du problème de la définition de l'idée du bien. Certes le bien de l'enfant ne peut s'attacher aux seules contingences et il faut pouvoir tourner son regard vers « les choses d'en haut », vers l'Idée du Bien de l'enfant.

Alors il est possible d'admettre que la figure commune du bien, celle qui dépasse les contingences, puisse s'attacher à l'idée de la Vie de l'enfant. Car la vie de l'enfant comme figure théorique du bien est difficilement récusable, sauf en de très rares exceptions.²²⁵ Pourtant cet idéal, bien qu'il ne soit ni faux ni récusable dans l'absolu n'est pour autant pas totalement satisfaisant car il est incomplet. Et c'est en cela qu'il peut être trompeur. Car la vie comme figure du bien, est nécessaire mais pas suffisante.

Si ceux qui soignent se cantonnent à cette Idée du Bien de l'enfant sans tenir compte des contingences que cela imposent sont comme aveuglés par cet idéal et peuvent perdre de vue l'enfant lui-même, être victime, de ce que nous appelons « la cécité empathique transitoire ». Nous observons donc des soignants potentiellement prisonniers d'un monde sensible et nous voilà en passe de découvrir des soignants captifs du monde des idées.

²²⁵ Les situations palliatives pourront par exemple nous faire privilégier la qualité de la sédation et du soulagement même si cela doit obérer la durée de la vie de l'enfant ; mais dans ces circonstances la lutte contre la maladie est perdue et la vie de l'enfant ne peut plus raisonnablement être défendue à tous prix.

Une Idée du Bien à pondérer

En nous attachant à ce qui vit l'enfant, c'est-à-dire aux conditions matérielles nécessaires pour atteindre le bien alors nous questionnons l'idée du bien à la manière aristotélicienne. L'idée du Bien ne peut s'affirmer au détriment de la réalité pratique.

La recherche du Bien de l'enfant est ce à quoi s'attache le soignant alors « [...] ; si la fonction d'un homme vertueux est d'accomplir cette tâche, et de l'accomplir bien et avec succès, chaque chose au surplus étant bien accomplie quand elle l'est selon l'excellence qui lui est propre : dans ces conditions, c'est donc que le bien pour l'homme consiste dans une activité de l'âme en accord avec la vertu, et, au cas de pluralité de vertus, en accord avec la plus excellente et la plus parfaite d'entre elles. »²²⁶

Le soignant est d'un certain point de vue un homme vertueux qui cherche à accomplir avec succès sa fonction. C'est-à-dire qui recherche en permanence le juste équilibre entre les vertus requises pour accomplir sa tâche. La pondération offre l'opportunité de peser chaque action au regard de l'objectif que l'on souhaite atteindre. Il doit trouver la juste mesure entre la nécessité de faire le soin et les conséquences que pourrait avoir pour l'enfant l'usage de la force pour réaliser le soin. Le soignant ne doit pas se montrer trop *téméraire* : agir sans réflexion, sans tenir compte de l'enfant, il ne doit pas non plus se montrer trop *crainitif* et renoncer au soin.

L'homme doit conduire ses actions avec raison, attentif à exercer sa vertu dans toutes ses actions. L'exercice du bien implique la recherche d'une juste mesure, la pondération de l'action. L'homme vertueux en puissance doit s'exercer à le devenir. Au fil de l'expérience l'homme mesure les difficultés, les excès et les manques de ses actes et pondère son action. La philosophie d'Aristote est une philosophie de l'agir.

²²⁶ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, livre II, 1, trad par Jules Tricot, Paris, Librairie Philosophique J.VRIN, 2012, 1098a-1098b, p.61-62.

L'homme vertueux est en quelque sorte un expert de son action dans la mesure où l'expert exprime par son étymologie : *ex, periculum* l'idée que celui qui a l'expérience est celui qui a traversé le péril. Tendre vers le bien nécessite alors d'expérimenter la vie, de dépasser les périls. Or l'enfant n'a pas encore l'expérience de la vie, en tous cas elle n'est pas équivalente à celle de l'adulte. On trouve là, un nouveau sujet de confusion au sujet du *bien* de l'enfant.

Sa jeunesse fait qu'il n'a pas l'expérience, l'adulte semble de ce point de vue être plus *expert* que lui, ce qui lui donne de l'ascendant pour déterminer en lieu et place du jeune enfant ce qui est bien pour lui.

L'enfant est un être pensant en puissance mais il n'exerce pas encore son agir. Le fait de donner le statut de personne à un enfant est une conception de la psychologie moderne comme nous avons pu le voir dans le chapitre portant sur la réhabilitation de la perception de l'enfant face aux tentatives de courants scientifiques pour catégoriser les comportements des enfants. Cependant chacun s'accorde pour reconnaître que l'enfant n'est pas non plus un adulte en miniature, qu'il ne dispose pas des mêmes capacités cognitives.

Dans le contexte des soins à l'enfant, il faut composer avec son niveau de compréhension, tenir compte de son raisonnement incomplet tout en assurant les gestes nécessaires pour le soigner. Il s'agit d'accorder les différents points de vue pour agir au mieux mais dans les faits l'agir est guidé par certaines priorités indiscutables celles de soigner voire de sauver la vie de l'enfant.

La santé prend alors le devant de la scène dans la réflexion des professionnels. La priorité est indiscutable dans la mesure où le *bonheur* de l'enfant n'a plus lieu d'être questionné si venait à mourir faute de soins. La réalité de ce risque questionne la volonté de respecter le refus de l'enfant.

Le respect de la volonté du patient en toutes circonstances pourrait menacer gravement la vie des enfants malades ou de toutes autres personnes en situation cognitives altérées. L'idéal médical tend aujourd'hui à sauver la vie. Cet idéal conduit même parfois à en oublier l'intéressé lui-même au profit de sa santé. La peur de mettre l'enfant en danger en suspendant le soin tenaille sans doute les soignants, orientant leur choix. Bien agir correspond dans ce cas à agir pour le bien de la santé de l'enfant. Bien agir c'est agir au mieux. Mais le mieux est-il toujours le meilleur pour l'enfant ?

Le mieux, ennemi du bien ?

Bien agir c'est agir pour le bien de la santé de l'enfant et faire ce qu'il y a de mieux pour lui. « *Faites au mieux, Docteur !* » voilà une prière qu'il est possible d'entendre aux détours d'une conversation dans les couloirs d'un hôpital. Le soignant juge que ce qui est mieux pour l'enfant.

Mais de quel *mieux* s'agit-il ? Le mieux et le meilleur semble se confondre. Pourtant ce qui est meilleur pour l'enfant n'est pas toujours ce que la raison du soignant juge comme étant le mieux.

Montesquieu ne nous dit-il pas que « Le Mieux est l'ennemi du bien ». Voyons ce que cette expression peut avoir d'exacte pour nous. Prenons l'exemple de l'administration du MEOPA²²⁷. Ce médicament a révolutionné l'analgésie des soins pédiatriques. Il permet de faire les soins sur un enfant détendu (effet anxiolytique du produit) et analgésié (effet antalgique). Les soignants convaincus de l'efficacité de ce produit et du bénéfice qu'il représente pour l'enfant, ont parfois tendance à forcer l'enfant à respirer dans le masque.

Or pour certains enfants cette contrainte s'avère extrêmement anxiogène. L'enfant que l'on tient de force pour respirer dans le masque de MEOPA peut avoir le sentiment d'étouffer. Il va se débattre et s'agiter. Une lutte peut s'engager entre l'enfant et le soignant pour maintenir le masque sur le visage de l'enfant. Plusieurs adultes peuvent même maintenir l'enfant pour qu'il respire dans le masque. On va paradoxalement user de la force pour administrer un médicament qui est censé apaiser et soulager. Le raisonnement de l'adulte s'impose pour le bien de l'enfant. L'administration de ce produit est censée permettre une meilleure prise en charge de la douleur. L'expression du « mieux ennemi du bien » prend ici pleinement son sens. Dans ces circonstances, on peut dire que la raison du plus fort l'emporte.

²²⁷ MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote. Médicament dont les propriétés sont l'analgésie et l'anxiolyse. Ce médicament est particulièrement indiqué dans la gestion de la douleur provoquée par les soins. Ce médicament s'administre en appliquant un masque sur le visage de l'enfant afin que celui-ci respire le mélange gazeux et lui procure les effets antalgiques durant le soin. Ces effets attendus apparaissent après quelques minutes d'inhalation.

Ici ce sont les raisons invoquées pour le soignant qui s'imposent mais par extension on peut considérer que la raison médicale est la plus forte ou du moins la meilleure. Comme le souligne ironiquement La Fontaine dans sa fable du Loup et de l'agneau, « la raison du plus fort est toujours la meilleure »... Le terme « meilleure » est à entendre ici comme celle qui présente un intérêt supérieur et comme celle qui gagne, sur le plus faible.

La raison du soignant peut se concevoir comme le prolongement du raisonnement scientifique dont l'autorité balaie toute objection même lorsqu'elle dénonce un raisonnement absurde. Tout comme l'agneau tente de dénoncer l'absurdité de raisonnement du loup, et qui ne rencontre que les arguments d'autorité du loup.

Notons tout de même que le loup de la fable, qui est pourtant le plus fort, se sent néanmoins obligé d'argumenter. On pourrait y déceler un soupçon d'illégitimité. Si le loup doit argumenter c'est donc que sa force ne suffit pas en soi. Et peut-être que tout aussi fort que le loup puisse être, il pourrait risquer de perdre la face devant ce tendre agneau qui le déstabilise. Et si d'une certaine manière le rapport de force qui s'installe entre le soignant et l'enfant au moment où on oblige l'enfant à respirer pour de bonnes raisons, avait, toute chose étant égale par ailleurs, en commun le sentiment secret d'une forme d'illégitimité. Un sentiment qui prendrait les habits de la justification et de l'autorité ?

Mais attachons nous quelques instants à la suite de cette fable qui donne la raison du plus fort comme *toujours la meilleure*. La raison du plus fort, sous-entendue, la raison médicale qui primerait sur celle de l'enfant, peut être entendue comme la plus efficace dans le sens où elle atteint son but. Ou alors il est également possible de comprendre que la raison médicale est la plus forte car elle œuvre pour le bien de l'enfant et qu'elle est par conséquent la meilleure.

Ici s'arrête l'analogie avec la fable car le soignant n'est pas loup et n'agit pas par cruauté mais mû par le sentiment du devoir : celui de soigner l'enfant. C'est la raison de ses actes. Il s'agit même de la raison la plus forte, et elle doit se montrer la meilleure. Mais plus forte que quoi ? Sur qui cette raison devrait-elle avoir le dessus ? Aucun doute, *a priori* sur le fait que la raison du soignant soit plus *forte* que celle de l'enfant, lui qui n'est pas encore capable d'un raisonnement aussi élaboré que celui de l'adulte.

A première vue, le soignant ne semble pas avoir à craindre de se confronter à la raison de l'enfant. Ce qui nous conduit à nous demander si ce n'est pas contre sa propre raison que le soignant livre bataille? Livrer bataille contre une tendance à se laisser fléchir par la sensibilité. Une raison (médicale) qui pourrait être mise à l'épreuve par l'élan d'empathie que l'on pourrait ressentir en entendant la supplique de l'enfant.

Une prière qui rappelle au soignant son devoir envers l'enfant : celui d'être attentif à lui, à sa vulnérabilité, de tenir compte de ses particularités, et de le protéger. Alors survient une tension entre le but des soins (guérir, soigner) et le devoir de respect de l'enfant. Une tension apparaît alors entre les buts et les devoirs du soignant.

Placé face à un dilemme il doit choisir : poursuivre le soin de force ou le suspendre. Dans un cas comme dans l'autre il doit renoncer. Soit, à son but : effectuer le soin, soit renoncer à son devoir : respecter le refus de l'enfant. Il tente de concilier téléologie et déontologie. Le choix du professionnel est le plus souvent guidé par la volonté de *bien* faire.

Le souhait de bien agir caractérise l'homme vertueux selon Aristote. « Toute technique et toute démarche méthodique – mais il en va de même de l'action et de la décision – semble viser quelque chose de bon. C'est pourquoi l'on a eu cette belle déclaration : le bien, c'est la visée de tout. »²²⁸

L'exercice de la vertu tend à bien agir, cependant cet exercice est ardu car de nombreuses possibilités apparaissent et il n'est toujours simple de faire un choix parmi elles. Le bon choix, celui qui correspond au bien n'apparaît pas toujours comme une évidence. Il arrive que ce qu'on pense être le bien de son point de vue, ne le soit pas pour une autre personne. Le risque est de confondre entre « faire bien » et « faire le bien ». Le choix est d'autant plus délicat, lorsque l'agir d'une personne engage une autre personne qu'elle-même.

La situation est d'autant plus complexe qu'elle engage des enfants qui ne possèdent pas pleinement la capacité de juger, que leur vie est parfois menacée par la maladie et que les soignants portent la responsabilité de décider de ce qui est bon pour leur guérison.

²²⁸ Aristote, Trad. Pellegrin et Collectif, *Ethique à Nicomaque*, 1094a, p.1977.

Cependant ce qui est bon pour la santé de l'enfant ne l'est pas forcément pour l'enfant, car la santé de l'enfant ne représente pas celui-ci dans son intégralité. Prendre en considération uniquement la santé de l'enfant est déjà une manière plus réduite, plus parcellaire de le percevoir. En se focalisant sur la santé, l'attention néglige déjà l'ensemble et se prive d'une vision globale de l'enfant.

D'une attention à une négligence

Notons que la santé de l'enfant dans ce contexte est elle-même réduite car elle représente le pendant de la maladie que l'on devine à l'origine de la nécessité des soins. Cette portion de la santé intéressée par la maladie est elle-même restreinte aux aspects strictement somatiques, laissant de côté les aspects de la santé psychique. Le Bien de l'enfant du point de vue du professionnel de la santé, au regard de cette description, s'étiolo comme *peau de chagrin*.

A force de souhaiter voir nos vœux s'exhausser pour le Bien de l'enfant : pour sa santé, pour qu'il guérisse ; à force, la réalité de l'enfant s'étiolo et finit presque par disparaître. L'ordre des choses s'inverse : au nom de sa santé, l'enfant est escamoté. La scotomisation de l'enfant ou du moins d'une partie de l'enfant est particulièrement liée à une focalisation de l'observation. Seule la partie du corps qui est à soigner reste visible. Le champ visuel est réduit à l'endroit du corps où le soin s'applique. Non seulement la vision que nous pouvons avoir d'une situation est altérée si elle est restreinte à un seul aspect, celui-là qui prend le pas sur tout le reste, mais notons que l'image est aussi interprétée, et perçue différemment en fonction de celui qui observe. Cela augure une différence de point de vue, un clivage de perception qui faut explorer comme s'il s'agissait de la visite de territoires résolument distincts.

L'importance du point de vue à partir duquel on se place pour voir ou percevoir les choses est grande. De même qu'il est important d'interroger *qui* voit *quoi* dans la scène de l'enfant tenu de force pour qu'on lui pose la sonde, de même le point de vue philosophique à partir duquel on se place pour interroger la problématique influence grandement la nature de notre réponse. Il s'agit de tenir compte du point de vue de chacun afin de mieux comprendre les contingences reliées à cette situation particulière.

Chapitre XVII : La contention, question de points de vue

1. Regarder sans voir ou voir sans regarder ?

Nous évoquions plus tôt l'intuition, qui donne à voir sans intermédiaire. Mais nous disions aussi le chemin complexe que prend dans la pensée, la réflexion qui naît d'une image. Le parcours de la représentation qui naît de ce que l'on voit apparaît bien tortueux. Nous parlions un peu plus tôt des différences de points de vue, et des transformations qu'introduit tout changement de perspective entre les uns et les autres, d'une position à une autre. Nous soutenions par ailleurs le passage obligé de la représentation de ce que l'on voit par le filtre subjectif en arguant d'une sorte de rebond réflexif propre à chacun.

Il est fréquemment question depuis le début de notre travail, d'angle de vue, de vision, d'aveuglement, de point de vue et de cécité. La fréquence de l'utilisation de ce champ lexical représente pour nous un indice important, dans la compréhension du phénomène de la contention en particulier lorsque nous avançons le concept de cécité empathique.

Nous pressentons la nécessité d'adopter un nouvel angle de vue pour étayer plus précisément notre hypothèse. Il s'agit donc d'effectuer une *révolution* du regard à l'instar de l'invitation copernicienne qui inspira la conception kantienne, plaçant l'homme au centre de toute connaissance.

Revenir au centre d'intérêt et poursuivre notre étude, non plus du point de vue du spectateur, mais en se glissant dans le regard de celui qui vit le phénomène. La vision que chacun a de la scène ainsi que les regards des uns sur les autres semblent représenter une pierre angulaire sur laquelle nous étayons notre réflexion. Mais il semble qu'il y ait un aspect qui soit resté jusqu'ici inexploré. Nous avons décrit la focalisation du regard du soignant sur le geste technique.

Nous nous sommes intéressés à ce que voit l'enfant, à ce qu'il ressent au moment où la sonde s'approche de sa narine et qu'on lui tient fermement la tête et le corps. Mais que se passe-t-il entre eux deux ? Que se passe-t-il entre l'enfant et le soignant ?

Nous n'avons pas véritablement exploré ce qui se produit entre l'enfant et le soignant. En avançant dans l'étude de cette situation, il semble insuffisant de s'en tenir à un examen isolé des uns et des autres. Car ce qui se produit au moment de la contention forte de l'enfant exercée par les soignants, nous fait découvrir une dimension commune aux protagonistes. Celle-ci n'est pourtant propre ni à l'un ni à l'autre. La rencontre de l'un et de l'autre, chacun porteur de ses spécificités, est en soi une dimension à étudier. L'événement de la contention s'exprime dans un espace où les subjectivités se rencontrent. Le phénomène de la contention surgit de l'intersubjectivité qui rassemble dans le commettre.

Le regard semble relier les uns aux autres. Regard présent, appuyé, fuyant ou absent peu importe. Le regard comme passerelle invisible et symbolique qui relie (ou pas) l'enfant à l'adulte et sur laquelle il devient nécessaire de s'avancer. Un regard qui voit sans regarder ou qui regarde sans voir. Un espace de *l'entre deux* qui reste à découvrir. Une dimension qui naît d'un échange et d'une rencontre. Comment celle-ci se produit elle ? Nous supposons que l'échange de regard instruit la rencontre. Mais sommes-nous seulement assurer que cet échange existe ? Et s'il existe, de quelle nature est cet échange ?

De la tension du regard à la contention

Au moment où le soin se complique, où l'enfant refuse, où le soignant le contient, les univers respectifs se séparent. Le soignant est aspiré par la technicité de son geste tandis que l'enfant reste coincé dans sa détresse.

Lors d'un soin difficile, le clivage des univers entre l'enfant et ceux qui le soignent est tel que la rencontre des subjectivités devient impossible. On rentre alors dans un moment où le tissu de l'intersubjectivité semble se déchirer. Univers médical et univers enfantin s'opposent, chacun étant figé dans son territoire.

Une tension cristallise l'espace qui sépare ces deux univers. La rencontre ne semble plus possible. Est-ce pour autant qu'il n'y ait plus rien qui relie l'enfant aux adultes qui le soignent ?

Impossible de nier la réalité du lien entre eux. Or s'ils sont reliés c'est donc qu'il y a d'une manière ou d'une autre, une rencontre. Celle-ci est d'ordre corporel. Les corps se rencontrent dans l'espace du soin, tandis que les univers psychiques restent clivés c'est là tout le paradoxe. Le corps de l'enfant malade rencontre les mains des soignants qui le touchent, le palpe, le manipule pour le soigner. Le toucher remplace en quelque sorte la vue à la manière de l'aveugle qui substitue le tact à la vue.

La distance virtuelle qui les sépare est également franchie par les mains des soignants qui contiennent l'enfant. La contention se définit par tenir avec. Le verbe *contenir* en latin est composé de *con* et de *teneo*. De *tendo* (« tendre ») et de *tenuis* (tenu, tendu), il est arrivé au sens de « tenir », par celui de tendre la main, saisir, le grec ancien, *tónos* (« tension, corde, ligament »)

Les mains qui immobilisent l'enfant se tendent pour contenir, il en résulte une tension entre l'enfant et l'adulte. La tension peut également être entendue au sens où elle relie l'enfant et le soignant.

Seule la tension physique relie les corps. Notons que la rencontre est initiée par un mouvement. Afin de rencontrer l'autre, il me faut aller vers lui. Ebaucher une mise en mouvement pour rendre possible la rencontre. Il nous faut nous faire face, et parfois cela demande de tourner la tête, de faire un pas, de tourner le buste, voire de se déplacer. Le mouvement de la contention se substitue à l'élan subjectif de la rencontre des regards mais la rencontre n'en est pas moins réelle. L'agitation de l'enfant initie le maintien, la contrainte des mains qui immobilisent l'enfant rejoignent le mouvement initial de l'enfant. Une chorégraphie délétère s'organise ; plus l'enfant s'agite et plus on le maintient fort et plus l'agitation est grande, plus l'enfant se débat plus la contention est forte. Un cercle vicieux s'installe dans un système où chacun disparaît aux yeux de l'autre.

La rencontre subjective est temporairement mise entre parenthèse, inaugurant la cécité empathique transitoire cependant enfant et soignants demeurent rassemblés par la confrontation des corps où se retrouvent malgré la mise entre parenthèse de l'intersubjectivité.

La confrontation s'exprime au travers de la contention, et des mouvements initiés par les uns et les autres. Les uns pour aborder le corps l'autre pour résister à ce contact. L'enfant quand il s'agite et se débat refuse en quelque sorte la rencontre.

Chacun a de son point de vue une manière différente de percevoir ce qui se produit. Chacun a de son point de vue de bonnes raisons pour s'inscrire dans cette chorégraphie délétère qui semble caractériser la contention.

Nous voilà face à une diversité de points de vue qui participe à la dispersion de notre compréhension. Ne faut-il pas, à ce stade du travail, chercher à s'approcher d'un point de vue d'ensemble ? La conception leibnizienne nous invite à sa manière à appréhender la situation sous un nouvel angle.

2. D'un point de vue d'ensemble ou de la vision monadique

L'image d'une chorégraphie délétère inspirée par le ballet des mouvements qu'instaure la contention pourrait être examinée sous un angle leibnizien. Tout d'abord parce que la chorégraphie comme *art d'ordonner des ballets et des danses et comme ensemble des pas et des figures* semble offrir une analogie intéressante avec la contention dans la mesure où les pas et figures, ici les mouvements de retrait de l'enfant et de retenue des soignants, offrent un certain ordonnancement des mouvements, qui pourraient presque s'apparenter à un étrange ballet. Or une chorégraphie d'un ballet permet de créer une harmonie à partir de mouvements singuliers, c'est-à-dire à partir d'une diversité de perceptions.

De la chorégraphie de la contention à l'harmonie des diversités

Cette image nous incite à nous rapprocher de la conception de Leibniz qui considère la perception comme une forme d'harmonie de la diversité. Si l'on considère la contention comme une chorégraphie qui harmonise la diversité des perceptions alors il devient intéressant d'observer celle-ci sous l'angle de vue leibnizien.

Le seul moyen pour discerner l'unité dans une profusion de détails est selon Leibniz de se placer le plus près possible du point de vue suprême, c'est-à-dire du point de vue de Dieu. La notion de « monade » caractérise l'unité. C'est en vertu de la notion d'unité que l'homme a la possibilité de s'approcher du point de vue divin.

La monadologie détermine la manière de percevoir le monde à partir de là d'où l'observateur est placé. Les monades composent les choses : à la fois ce que je suis et aussi ce qui m'entoure. Le caractère essentiel de la monade lui donne aussi son universalité.

L'originalité de la monadologie tient au fait qu'elle ne considère pas l'homme comme l'assemblage de particules qui fonctionnerait à la manière d'une machine mais plutôt comme un tout. Cette conception permet donc dans une certaine mesure de dépasser les différences qui séparent les personnes des autres. Les disparités qui existent entre l'enfant et l'adulte sont également dépassées puisque la diversité de chacun est rassemblée dans un tout. Une unité qui ferait office de dénominateur commun entre les hommes en quelque sorte.

L'unité se concrétise par une double compétence : *l'appétition* qui caractérise la capacité à agir de la monade : « L'action du principe interne qui fait le changement ou le passage d'une perception à une autre peut être appelée *Appétition*. »²²⁹, ainsi que *l'apperception*.

Cette notion proposée par Leibniz distingue les petites perceptions qui nous assaillent de façon inconsciente, des perceptions conscientes, qui se rapportent à la fois à soi-même et au monde. « . [...] il faut bien entendre les parties qui composent ce tout [...]. »²³⁰

Qu'il s'agisse du principe interne qui permet de passer d'une perception à une autre ou de la distinction entre les perceptions conscientes et inconscientes, ces facultés se retrouvent au même titre chez l'enfant et chez l'adulte. La combinaison Leibnizienne de l'apperception et de l'appétition offre la possibilité d'interroger la complexité de la perception du monde et de soi-même en intégrant à la fois l'agir et le sentir.

²²⁹ Leibniz, *Principes de la Nature et de la Grâce. Monadologie*, p.245.

²³⁰ Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*. Préface, p.42.

Par ailleurs l'influence des choses les unes sur les autres, mise en avant dans la conception de la monadologie, expliquerait en quoi il est possible que l'enfant et le soignant ne perçoivent pas la situation de la même manière tout en partageant à la fois la même expérience et les mêmes facultés. La cosmologie de la pensée leibnizienne place le divin au centre du système et c'est autour de ce modèle que l'univers s'organise.

Chaque perception distincte qui s'élabore dans une monade trouve un écho diffus dans toutes les autres. C'est ainsi que les parties appartiennent à un tout. Les perceptions des soignants ou de l'enfant s'influencent les unes les autres mais surtout elles s'ordonnent sur un modèle extérieur à eux, selon l'ordre divin. « Il s'ensuit aussi que les créatures ont leurs perfections de l'influence de Dieu, mais qu'elles ont leurs imperfections de leur nature propre, incapable d'être sans bornes. Car c'est en cela qu'elles sont distinctes de Dieu. »²³¹ Les perceptions des uns et des autres ne sont que des satellites du point de vue divin. Elles sont comme placées en orbite autour de celui-ci.

D'un changement de perspectives

La monadologie est en quelque sorte d'une forme d'héliocentrisme de la pensée avec le Divin en son centre. Or les mouvements des uns et des autres font évoluer le point de vue à la manière des mouvements des planètes dans le système solaire modifient les conditions d'exposition aux perceptions sans en altérer leur nature. Ce modèle appliqué à la situation de soin ouvre de nouvelles possibilités de compréhension. Le point de vue leibnizien réunit les perceptions des uns et des autres en les rapportant à des principes communs (propres à la monade).

Cela permet de penser cette situation dans une forme d'unité de point de vue, dans une perspective extérieure aux personnes qui la perçoivent. Cela conduit à décaler la vision que l'on peut avoir de la problématique et permettre à la pensée d'effectuer un pas de côté quant aux conceptions clivées des perceptions des uns et des autres. Il ne s'agit plus de perceptions qui s'opposent ou qui se chevauchent mais qui interagissent au sein d'un système.

²³¹ Leibniz, *Principes de la Nature et de la Grâce. Monadologie*, p.251.

Ce modèle pourrait inspirer une compréhension élargie du phénomène de la contention de l'enfant à l'origine d'une variété de perceptions qui se rassemblent dans un système dont les soignants et les enfants ne sont que les satellites.

Revenons à la chorégraphie qui s'organise entre l'enfant et les adultes qui le contiennent de force. Nous pourrions pousser l'analogie jusqu'à imaginer que la médecine, est comme une sorte de figure divine, promue par son pouvoir de salut potentiel, qui orchestre d'une certaine manière le chorégraphie délétère de la contention.

Une extrapolation certes un peu excessive mais qui a le mérite d'éclairer la position dans laquelle les acteurs de la contention semblent être tenus. En effet l'ordonnement des événements semble être extérieur à la volonté des protagonistes, aussi bien à l'enfant qu'aux adultes qui le soignent, eux-mêmes coincés dans cette situation.

Mais ne faut-il pas alors, compléter cette conception partie d'un point de vue satellite, par une observation qui partirait des personnes elles-mêmes ? Ne faudrait-il pas recentrer notre modèle d'observation de la chorégraphie délétère des mouvements sur les protagonistes de l'action ? Ne faudrait-il pas en quelque sorte réaliser une révolution de point de vue ?

Il nous faut réorganiser la cosmologie de notre observation à partir du point de vue des acteurs du phénomène. Et puisqu'il est impossible de régler nos connaissances sur les objets, il s'agit de suivre l'invitation kantienne qui suggère que « [...] les objets se règlent sur notre connaissance » établissant ainsi « la possibilité d'une connaissance *a priori* [...] »²³². Cette révolution conceptuelle renverse totalement le point de vue à partir duquel on se place pour ordonner le réel puisque cet ordonnancement part désormais de celui qui observe et n'est plus celui qui est observé.

²³² Kant, *Critique de la raison pure*.p.16.

Rassemblement des avancés de cette quatrième partie du travail

Le changement de perspective conceptuelle résume d'une certaine manière les différentes transformations des points de vue exposés dans cette troisième partie de la thèse. Partis d'une disqualification ancienne des compétences du jeune enfant, nous abordons une heureuse réhabilitation des perceptions de l'enfant. Cette réhabilitation vient confirmer le fait que l'enfant dispose des capacités nécessaires à coïncider avec le monde. L'intuition de l'enfant fusionne ou plutôt *coïncide* avec la vie, là où l'intelligence ne peut que s'évertuer à l'imiter.

L'enfant qui est par définition un être d'intuition semble plus que tout autre, être immergé dans la vie, dans l'élan vital. Un élan qui le porte à se sentir *en sympathie* avec les objets de son environnement y compris avec les adultes qui l'entourent. Il existe par conséquent, une heureuse coïncidence bergsonienne qui réhabilite la validité de la perception enfantine mais qui du même coup remet en question le discernement de l'adulte. En effet, si la perception de l'enfant est valide et que celle-ci est récusée par l'adulte alors cela signifie que l'adulte se trompe d'une certaine manière. Ce dernier croyait être épargné par l'influence de l'intuition, fort de ses compétences rationnelles, il avait la conviction de détenir une juste faculté de discerner.

Or il semble qu'il manque de discernement lorsqu'il récuse le refus de l'enfant qu'il soigne. Disons plutôt que son discernement ne s'exerce pas avec justesse. Sa façon de faire la part des choses, donne l'avantage à la technique des soins sur le point de vue de l'enfant. Or cet avantage arbitraire présente l'inconvénient de scotomiser la réalité de l'enfant. En effet, cet angle de vue ne laisse apparaître qu'une partie du réel. Dans ces circonstances, le jugement du soignant ne discerne que ce qu'il juge être le Bien de l'enfant. Un point de vue focalisé sur ce que l'on perçoit comme étant le Bien de l'enfant, qui transforme la perception de la contention. Mais en passant de l'autre côté de la sonde, du côté de l'enfant on s'aperçoit comme les perceptions sont différentes.

La nécessité d'un rassemblement des points de vue, pour comprendre un même phénomène, celui de la contention, vécu à partir de perceptions différentes se fait jour dans cette partie du travail. Or la vision leibnizienne nous offre cette possibilité. Il devient possible de conjuguer les points de vue et la conception de la monadologie offre l'occasion d'une nouvelle harmonie des points de vue.

Mais avant d'imaginer cette harmonie, ne faut-il pas au préalable régler ce qui se joue pour le soignant ? Il s'agit de s'attacher plus précisément à comprendre ce qui se joue de son point de vue. Lui dont l'esprit semble encore aux prises avec une double injonction : celle de faire le soin et celle de prendre soin avant d'aborder les conditions d'expression de cette harmonie des perceptions que suggère à sa façon Leibnitz.

De quelles perspectives le soignant dispose-t-il dans ces circonstances ? Que peut-il connaître de cette situation, qu'est-il en mesure de voir et surtout quelles sont les possibilités qui s'offrent à lui pour agir ? De quelles manières réussit-il à se libérer du tiraillement qui semble le saisir au moment d'agir ?

Cinquième Partie : Du difficile exercice des devoirs



Tableau 5

Odile Redon 1894

Le soignant aux prises avec une double injonction, à la fois faire le soin et prendre soin de l'enfant est d'une certaine façon comme le cocher de l'attelage de l'Âme décrite par Platon.

« Il faut donc se représenter l'Âme comme une puissance composée Elle par nature d'un attelage ailé et d'un cocher. Cela étant, chez les Dieux, les chevaux et les cochers sont tous bons et de bonne race, alors que pour le reste des vivants, il y a mélange. Chez nous – premier point – celui qui commande est le cocher d'un équipage apparié; de ces deux chevaux, – second point – l'un est beau et bon pour celui qui commande et d'une race bonne et belle, alors que l'autre est le contraire et d'une race contraire. Dès lors, dans notre cas, c'est quelque chose de difficile et d'ingrat que d'être cocher. »²³³

²³³ Platon, *Phèdre*, 246a-246b, p.1262.

Chapitre XVIII : D'un héritage historique à une tension contemporaine

La double contrainte qui s'exerce entre le *prendre soin* et le *faire des soins* semble faire écho à la dualité conceptuelle des soins qui allie les aspects relationnel et technique. Il s'avère que la contention interroge l'aspect de la réalisation des soins, c'est-à-dire du domaine du *faire des soins*.

Interrogés sur la représentation qu'ils ont de leur rôle en pédiatrie, les soignants parlent en premier lieu de l'enfant, de ses particularités et de sa vulnérabilité. Ils évoquent la nécessité de protéger l'enfant, de faire preuve de patience et d'attention.

L'aspect relationnel est primordial à leurs yeux. Pourtant quand le soin se déroule mal et que l'enfant s'agite, la priorité revient effectivement à la réalisation du geste technique. La *relation attentive* est mise au second plan comme reléguée pour répondre à l'exigence du soin. La mise en tension des obligations du soignant s'exprime concrètement au moment de la contention. Pourtant à la lecture de nos obligations légales les choses paraissent *a priori* simples.

1. D'une conciliation des obligations, « simple » à première vue

Le texte relatif aux obligations légales des infirmières associe la nature des soins, comme s'il s'agissait d'un processus intégratif naturel, en consignant les qualités technique et relationnelle dans une seule et même phrase.

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. »²³⁴

²³⁴ J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087 : texte n° 37086. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, Article R. 4311-1.

Il existe une cohérence entre les soins techniques et la relation qui doit s'exercer tout en respectant la personne soignée. « [...] Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. »²³⁵ La coexistence des différentes dimensions techniques et relationnelles peut apparaître aux yeux d'un lecteur naïf comme évidente voire même facile.

La réalisation de soins de nature technique s'inscrit *naturellement* dans le prendre soin et il est même préciser qu' « Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. »²³⁶ Mais dans les faits, à l'heure où l'évolution des techniques semble sans limite, la conciliation du *respect, des droits, le souci tout en tenant compte de la personnalité*, devient une véritable gageure quotidienne.

Plus la médecine progresse, plus les techniques s'améliorent et plus l'exigence de l'exécution du soin s'impose. La place de la biotechnologie grandit de plus en plus alors qu'il s'agit toujours (et heureusement) de faire la part à la singularité du malade dans un environnement par définition objectivant. Les obligations déontologiques demeurent donc là où les contraintes augmentent.

D'une gageure quotidienne pour concilier les devoirs

Il devient difficile compte tenu de la quantité de technologie qui s'intercale entre le patient et le praticien de mettre en application au quotidien le serment d'Hippocrate. « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. »²³⁷

Difficile de ne pas être aveuglé par la technicité qui se dresse entre les soignants et le malade, occultant parfois l'accès aux réactions et aux ressentis de ce dernier. Difficile de se fier à son jugement dans ces circonstances, difficile de s'abstenir de tout mal quand on a pas le moyen d'avoir réellement accès à l'effet de son action sur l'autre.

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ *Ibid.*

²³⁷ René, Louis, *Code de déontologie médicale*, Paris, Seuil, 1996, p.33.

Notons qu'outre cette disposition louable mais néanmoins délicate à mettre en œuvre, il faut relever dans le Serment d'Hippocrate un détail qui peut fournir matière à réflexion et expliquer en partie certains aspects du phénomène de la contention. On notera que la recommandation concernant les malades n'est inscrite que dans le second paragraphe du Serment.

Effectivement le premier engagement du médecin s'adresse non pas au malade comme on pourrait s'y attendre mais à son maître de médecine qu'il s'agit de mettre « au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir, et le cas échéant je pourvoirai à ses besoins. »²³⁸

L'ordre d'inscription des devoirs du médecin met l'engagement envers son maître en première place et au-delà de la personne, c'est envers sa corporation que le médecin s'engage. Cette disposition ne peut relever d'une simple anecdote et elle nous fait pressentir un ordonnancement historique des obligations, qui pèse peut être en partie, encore aujourd'hui sur les pratiques et les attitudes.

Prenons la précaution de replacer cet ordonnancement dans son contexte historique. Nous ne négligeons pas le fait qu'à l'époque antique le devoir vis-à-vis de ses maîtres ne signifiait pas ce que l'on peut entendre aujourd'hui par cela. Il est convenu que pour la période antique il était logique d'inscrire les recommandations envers les maîtres en premier lieu. Par ailleurs à cette époque on assiste à la construction d'un savoir émergent, nouveau qu'il faut transmettre. Cette transmission se réalise effectivement du maître au disciple. Sans respect du maître, point de transmission. Le devoir envers le maître de médecine est nécessaire pour que la science perdure. Il ne s'agit pas ici d'user de cet ordonnancement historique, inscrit dans un contexte culturel ancien, pour arguer d'une réalité contemporaine car cela serait un non-sens.

Néanmoins nous jugeons utile d'évoquer le Serment d'Hippocrate afin de rappeler les origines de la construction de la déontologie (et nous ne parlons pas non plus ici de la seule déontologie médicale, bien qu'à ce jour en France le code de déontologie infirmière n'a pas encore de validation officielle).

²³⁸ *Ibid*, p.33.

Nous évoquons la déontologie dans son sens littéral de l'étude des devoirs. Le Serment d'Hippocrate étant l'un des écrits historiques qui consigne les devoirs de ceux qui soignent envers ceux qui sont soignés par eux, nous considérons intéressant de partir de cet écrit pour développer notre réflexion au sujet du devoir des soignants.

2. Du pressentiment d'une hiérarchisation des devoirs

La hiérarchisation ancestrale des devoirs qui place le devoir envers ses pairs devant celui que l'on doit au patient est intéressante à noter, car elle participe peut être à la difficulté qu'il est possible de rencontrer lorsqu'il s'agit de remettre en question une pratique héritée de ses maîtres. Car sous le respect du maître on découvre une double considération. Le respect de l'héritage transmis par les maîtres suppose implicitement une admiration pour leur savoir et donc pour les découvertes dont ce savoir est issu.

D'une déférence implicite à l'égard de la technique

La découverte médicale fait l'admiration car elle témoigne d'audace et de curiosité en utilisant des découvertes et des inventions effectuées dans d'autres domaines que le sien en les appliquant dans son propre champ scientifique. Ces alliances ont permis des avancées spectaculaires en médecine. Les progrès médicaux et technologiques se réunissent en un savoir global. Aujourd'hui le respect du savoir médical implique nécessairement d'avoir de la considération pour la technologie qui porte et nourrit ce savoir. La formation scientifique formate l'esprit médical et le prédispose à une forme d'appétence pour la technologie, pour ses applications techniques.

L'élan technologique dans lequel la science médicale est désormais lancée, est donc une source d'admiration et de valorisation de l'art médical. Il est difficile d'avoir un regard critique vis-à-vis de ce qui fait la fierté d'un groupe professionnel auquel on appartient.

Or les réussites et les succès médicaux qui sont valorisés dans la société actuelle sont la plupart du temps en lien avec des progrès issus de la technologie (qu'elle soit pharmacologique, diagnostique ou biologique). Les innovations relationnelles sont beaucoup plus rarement mises en avant dans un univers de haute technicité. La présentation hiérarchisée des devoirs dans le Serment d'Hippocrate ne serait donc pas forcément si démodée que ce qu'on pourrait imaginer. Cette présentation traduit une subordination de certains devoirs vis-à-vis d'autres obligations qui semble perdurer aujourd'hui encore.

Du devoir envers ses pairs

Dans le Serment médical adopté dans le conseil de l'ordre en 1976 en application de l'article 109 du code de Déontologie, l'ordre d'inscription des devoirs est inversé mais le devoir vis-à-vis de ses maîtres y demeure inscrit. « Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. »²³⁹

Le nouveau code de déontologie de 1995 stipule désormais d'entrée de jeu (article 2, l'article 1 traitant des dispositions d'applications du code) que le médecin « [...] exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. »²⁴⁰

Cependant la place du devoir vis-à-vis du groupe d'appartenance pèse encore historiquement sur les représentations des médecins dans l'exercice de leur fonction. La remise en question d'une procédure technique est probablement difficile à envisager quand celle-ci est une source de fierté et un objet de ralliement fédérateur. Ces considérations ne s'appliquent pas uniquement au corps médical, loin s'en faut. Les infirmiers sont concernés au même titre que les médecins par ces remarques. Nous avons relevé dans notre étude qualitative²⁴¹, l'importance du savoir-faire technique dans la représentation de la compétence qu'avaient les infirmières interrogées.

²³⁹ *Ibid.* p. 35.

²⁴⁰ *Ibid.* p. 47.

²⁴¹ Etude RESPECT, Annexe 1.

Les professionnels reconnaissent et adhèrent à des normes explicites mais également à des règles implicites qui fédèrent le groupe. Les normes professionnelles scrupuleusement établies décrivent le mode opératoire technique des gestes et forment un corpus de savoir à l'intérieur duquel les professionnels se reconnaissent.

La place des aspects techniques dans la représentation non seulement de son métier mais également dans son appartenance au groupe est prépondérante.

Les études de psychologie sociale et psychanalytique qui portent sur les liens qui réunissent les individus au sein d'un groupe avaient déjà affirmé ce même constat. L'étude des mécanismes et des caractéristiques de fonctionnement de groupes restreints de Didier Anzieu²⁴² met en évidence une dynamique de résolution des tensions inhérente au fonctionnement d'un système fermé tel que le groupe restreint qui met en œuvre une énergie propre au groupe.

De la fidélité au groupe à la loyauté envers la technique

La difficulté à se désolidariser du groupe d'appartenance est par ailleurs un phénomène que nous avons observé et qui est déjà bien connu des chercheurs en psychologie sociale notamment avec les phénomènes de normalisation et de conformisme.²⁴³ Les soignants que nous avons interrogés au sujet du phénomène de la contention lors des soins expriment implicitement l'obligation de se conformer aux habitudes du groupe pour pouvoir y appartenir. La pratique de la contention semblait être un épiphénomène de la production des soins (de nature technique) qui apparaissait comme une injonction impérieuse aux yeux du groupe professionnel. Réaliser les gestes techniques devient dans cette mesure une obligation vis-à-vis du groupe d'appartenance.

On retrouve parfois dans le groupe infirmier le même phénomène d'adhésion voire d'admiration pour les aspects techniques dont nous parlions un peu plus tôt pour le corps médical.

²⁴² Anzieu, Didier et Martin, Jacques-Yves, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013.

²⁴³ Aebischer, Véréna et Oberlé, Dominique, *Le groupe en psychologie sociale - 4e éd.*, Paris, Dunod, 2012.

Or le code de déontologie insiste désormais très clairement, tout comme le décret d'exercice des infirmiers, sur l'obligation du respect de la personne ce qui semble augmenter d'autant plus la tension déontologique. Tension qui s'exerce dans une triade qui relie l'obligation envers le groupe, envers la réalisation du geste technique et envers l'enfant.

Le tiraillement qui s'exerce entre différents champs déontologiques déclenche des adaptations et nécessite de hiérarchiser les priorités au sein de l'agir. Nous aborderons un peu plus loin dans notre travail les éventuelles explications qui peuvent éclairer ce phénomène mais avant cela il semble nécessaire de poursuivre la discussion concernant la tension qui s'exerce entre les différents devoirs. Notre propos est d'illustrer les points communs entre les différents acteurs de la contention quant à la difficulté d'allier les différents domaines (technique et relationnel) dans l'exercice du soin.

Il semblait important à ce stade du développement d'évoquer à quel point l'injonction au respect de la personne est parfois délicate à honorer quel que soit le métier exercé. Passer sous silence la réalité des difficultés qui grandissent à mesure que la technicité croît dans la pratique quotidienne, tandis que le devoir vis-à-vis de la personne fonde la déontologie professionnelle et s'inscrit comme tel autant dans les textes réglementaires que dans les représentations professionnelles, serait une erreur dans notre développement. La problématique de la contention lors des soins met en exergue des tensions déontologiques qui se font jour pour l'ensemble des soignants et pas seulement pour certaines catégories professionnelles. Disons que ces tensions s'expriment de manière différente selon l'appartenance professionnelle mais qu'elles touchent tous les acteurs.

3. De l'apparition d'un nœud déontologique

Les éléments qui sous-tendent ces tensions correspondent à différents devoirs : celui envers l'enfant, envers ses pairs, envers son groupe d'appartenance, envers la technicité et envers la personne. Les différents aspects, bien qu'inscrits les uns et les autres dans la réglementation, ne sont pas aussi facilement conciliables que la théorie laisserait l'imaginer.

Nous voilà placés face à une sorte de *nœud déontologique* à l'intérieur duquel s'intriquent différents éléments. L'étymologie du mot groupe qui vient du terme italien *gruppo*, dont le sens originel a dû être « nœud »²⁴⁴, présente ici une caractéristique circulaire que nous choisissons d'exploiter.

En effet il semble que la conjugaison des devoirs auxquels le soignant doit répondre ne se présente pas sous une forme stratifiée, où les devoirs, sous forme de strates, s'empileraient les uns sur les autres mais plutôt sous une forme plus circulaire, comme celle d'un nœud. Cependant et bien que la notion de nœud se rapproche plus fidèlement de la réalité qui se joue pour les soignants livrés à la mise en tension de différents domaines d'exercice des devoirs, cette notion ne semble pourtant pas correspondre exactement à ce qui se produit. En effet, l'idée du nœud renvoie à un entrelacement indifférencié de différents fils pour former un *tout* circulaire. Les fils qui composent notre nœud de devoirs représentent nos différentes obligations.

D'une organisation concentrique des devoirs

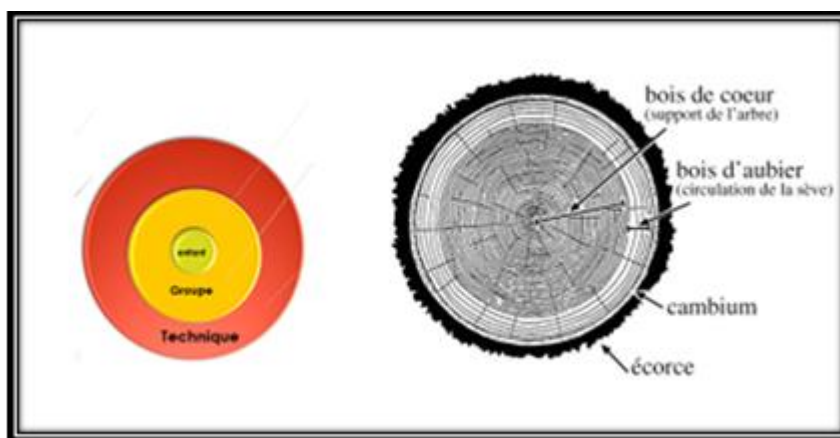
Bien que la réciprocité soit de mise entre les différents domaines du devoir, ce qui pourrait correspondre en quelque sorte à un enchevêtrement, on note néanmoins une forme d'organisation certes concentrique qui ne s'apparente pas vraiment à un entrelacement désorganisé. Nous avançons l'hypothèse d'une organisation concentrique au regard de ce que décrivent les soignants et de ce dont ils témoignent spontanément lorsqu'ils évoquent la pratique de leur métier en pédiatrie.

L'enfant demeure au cœur de leur préoccupation. Ce qui rejoint l'ordonnement recommandé par la déontologie professionnelle. L'enfant apparaît effectivement comme le noyau déontologique autour duquel se greffe l'agir du groupe, par conséquent les obligations inhérentes à l'appartenance à celui-ci (respect des habitudes, adhésion aux représentations collectives de la compétence), et en particulier l'obligation qui concerne la réalisation technique des soins. Il devient possible de se représenter l'ordonnement des obligations de façon concentrique, au cœur duquel est placé l'enfant.

²⁴⁴ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/groupe>

En effet l'agir du groupe se justifie presque toujours par l'intérêt supérieur de l'enfant (notion sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin dans notre travail). Un groupe au service de l'enfant mais qui exerce également son influence et ses exigences, sur la mise en acte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Ce dernier, motive et justifie l'exécution technique des soins, dernier élément constitutif de cet ensemble déontologique. Cette représentation pourrait avoir la figure d'un cercle avec en son centre le devoir vis-à-vis de l'enfant, entouré par le devoir envers le groupe, lui-même enveloppé par l'exigence de la technique. L'illustration que nous proposons pour représenter l'ordonnancement déontologique qui surgit au sein du phénomène de la contention présente une analogie étonnante avec le schéma d'une coupe transversale d'un tronc d'arbre. A la vue de ce dessin, on peut s'étonner de retrouver au milieu le *bois de cœur*, entouré du *bois d'aubier* qui est la partie qui permet à la sève de circuler, analogue à la place qu'occupe le groupe dans notre représentation, avec en périphérie l'écorce dont le rôle est de protéger.



Au regard de cette analogie on pourrait s'interroger sur plusieurs éléments. Le groupe n'est-il pas ce qui donne la force de soigner l'enfant ? L'énergie qui provient du groupe n'apporte-t-elle pas, à la manière de la sève qui nourrit l'arbre, ce qui fait grandir le pouvoir de soigner ? Cette forme d'énergie à laquelle on doit la capacité d'agir ne justifie-elle pas reconnaissance et obligation ? Le devoir que l'on doit à la technique semble quant à lui ancillaire aux deux premiers, tout en les enveloppant. La nécessité d'obéir à l'injonction de la technique médicale n'a-t-elle pas une fonction protectrice vis-à-vis des deux premières obligations ?

La protection que procure la technique au groupe ne garantit-elle pas la sécurité de l'enfant au cœur du dispositif ? En effet nul ne peut remettre en cause les liens qui unissent les uns aux autres, c'est-à-dire les intérêts qui réunissent l'enfant, les soignants et la technique.

Mais comment comprendre cet ensemble ? Les questions qui surgissent de la représentation métaphorique que nous proposons permettent-elles véritablement d'approcher la réalité de ce phénomène ? Il semble qu'il y ait une forme de précipitation hâtive dans notre volonté de nous représenter ce qui se produit. Certes l'*iconographie* métaphorique des composantes déontologiques soutient le raisonnement et offre des pistes de réflexion mais il faut se méfier de dissimuler la réalité sous une illustration réductrice. A force de trop vouloir s'approcher d'un phénomène, on court le risque qu'il ne nous échappe. De même qu'on observe mieux en prenant du recul, de même il apparaît nécessaire que nous fassions un pas de côté pour examiner différemment cet ensemble. La première chose qu'il faut remettre en question dans cette représentation vient du fait qu'elle propose une conception du devoir au pluriel or ce postulat est critiquable. Le devoir peut-il être sécable ? Peut-il s'exercer de manière morcelée, morceau par morceau ? La conjugaison des devoirs ne devrait-elle pas se penser dans une unité ? Car comme on peut le voir la distinction des devoirs, leur ordonnancement semble conduire nécessairement à une hiérarchisation délétère puisqu'elle donne forcément la préférence à un aspect plutôt qu'à un autre.

Toute volonté de juxtaposition artificielle des différents éléments, qui composent l'ensemble devrait être reléguée, en revenant au principe de toutes choses. Distinguons ici les qualités propres à chacune des choses sur lesquelles nous portons notre attention.

Nous retrouvons des qualités spécifiques à l'enfant, à chaque personne qui appartient au groupe, à chaque élément constitutif de la technique. Selon Leibniz il est permis de trouver à la source de chaque élément, une Monade, qui en soi, est simple, sans partie et qui entre dans les composés de ce que nous nommons au final enfant ou groupe de soignants.

Ce postulat conforte l'idée rassurante selon laquelle il persiste une unité dans le multiple qui s'exprime au travers de notre conscience du devoir. « § 16 Nous expérimentons nous même une multitude dans la substance simple, lorsque nous trouvons que la moindre pensée dont nous nous apercevons enveloppe une variété dans l'objet. Ainsi tous ceux qui reconnaissent que l'Âme est une substance simple doivent reconnaître cette multitude dans la Monade. »²⁴⁵ Voilà une formule qui est en quelque sorte l'expression du cogito leibnizien comme le souligne Michel Fichant dans ses annotations de ce paragraphe de la *Monadologie*. Leibniz affirme par ce cogito, l'existence de l'Âme comme substance individuelle qui a une valeur ontologique et logique.

Il suffit de reconnaître que l'Âme comme substance simple pour admettre *de facto* « [...] la multiplicité des *cogitata*, de sorte que le cogito est toujours solidaire d'un *varia a me cogitantur*. Pas de « je pense » sans un « je pense des pensées différentes. »²⁴⁶ Le *cogito* leibnizien admet les différences à l'intérieur d'une permanence ce qui rend possible la pluralité dans la conscience. On peut donc avec une conscience d'une même chose dans sa variété. Si je pense le devoir, je pense nécessairement sa pluralité, bien que la pensée du devoir subisse des modifications. Le devoir peut-être en rapport avec l'enfant ou le groupe ou la technique sans altérer la conscience du devoir. Il devient possible de concevoir de manière variée le « devoir » sans en altérer l'unité. La conscience du devoir est ce qui demeure malgré les modifications.

Mais comment la permanence de la conscience d'un objet tel que le devoir peut-elle résister face à l'immense variété des choses ainsi qu'à l'infinité de dispositions de mon âme?

Face aux situations où il me faut intégrer le devoir d'attention envers l'enfant tout en répondant à mon obligation de réaliser le geste technique sous la pression du groupe auquel j'appartiens, par quoi puis-je distinguer la *vérité nécessaire* ?

²⁴⁵ Leibniz, *Discours de métaphysique, suivi de Monadologie et Autres textes* p. 223.

²⁴⁶ *Ibid.* Annotations par Michel Fichant, p. 474.

Leibniz signale que « [...] nous ne sommes qu'empiriques dans les trois quarts de nos actions.»²⁴⁷ La plupart du temps, « [...] on agit en Empirique, parce que cela s'est toujours fait ainsi jusqu'ici.»²⁴⁸ Prenant l'exemple de l'assurance que le commun d'entre nous, a du fait que le jour se lèvera le lendemain, il précise que seul l'Astronome juge de ce phénomène par raison.

A la différence des animaux, certes sensibles aux perceptions au même titre que l'être humain, l'homme peut connaître les *vérités nécessaires et éternelles* car il accède à la Raison et aux sciences, puisque doté de ce que l'on appelle une Âme raisonnable ou *Esprit*.

Mais tous les hommes ne mettent pas en œuvre, à tout moment ni au sujet de toute chose, leur raisonnement. Le savant se dépare de sa connaissance empirique pour juger du retour du soleil le lendemain avec *raison*.

Le soignant, quant à lui, juge-t-il du *devoir* qui s'exprime au moment du soin, avec raison ou en empirique ? Face à cette question, rappelons que pour Leibniz, il existe une forme de conjugaison des perceptions qui se déclinent en perceptions simples et en ce qu'il nomme apperceptions.

Il est certes admis que la mémoire, l'habitude et l'expérience pèsent sur la perception de tout un chacun. Cette influence agit donc également sur la perception du devoir. Néanmoins, la volonté du soignant d'ordonner les devoirs soulignée un peu plus tôt, témoigne en soi de la dotation d'« §30. [...] *Actes réflexifs*, qui nous font penser à ce qui s'appelle *Moi* et à considérer que ceci ou cela est en nous. [...] Et ces actes réflexifs fournissent les objets principaux de nos raisonnements [...] fondés sur deux grands principes : celui de la contradiction et celui de la raison suffisante.»²⁴⁹

Au regard de la conception leibnizienne nous découvrons une toute nouvelle présentation du processus de raisonnement qui émerge à partir du *devoir*. Nous voulions regarder ce phénomène de l'extérieur. Souvenons-nous de la représentation que nous proposons.

²⁴⁷ *Ibid.*, p.226.

²⁴⁸ *Ibid.*, p.226.

²⁴⁹ *Ibid.*, p.227.

Nous avons placé l'enfant au centre de la préoccupation, enveloppé par la force du groupe et cette contingence elle-même contenue par la contrainte de la technique. Or cette présentation place l'objet du devoir à l'extérieur de la représentation du soignant. Le soignant regarde en quelque sorte, tel un spectateur, les éléments contingents au devoir qui s'exerce sur lui. Notre démonstration trahit une dissociation du *Moi* et des objets principaux de nos raisonnements.

Cette description ne tient pas compte du point de départ de la raison, l'*Esprit*, à l'origine des *actes réflexifs*, eux-mêmes précurseurs de nos raisonnements. Impossible d'interpréter la question des devoirs en occultant le rôle central de la *connaissance de soi* dans nos raisonnements.

La vision monadologique permet de réunir la multitude de composantes qui participent à la construction de la perception consciente d'un tout, comme par exemple celle du devoir. Celle-ci s'enclenche à partir d'*actes réflexifs*, c'est parce que l'*Âme* s'aperçoit elle-même qu'elle est en mesure de produire le matériel nécessaire au raisonnement. Nous avons négligé cet aspect dans notre tentative de figuration de la multitude de devoirs sous une forme concentrique unique et décentrée de nous même.

Le devoir étant une abstraction de l'*Esprit* de celui, qui par des *actes réflexifs*, raisonne ; il nous faut nous attacher à étudier les fondements de ces raisonnements pour approcher les vérités qui se rapportent au devoir.

Le raisonnement du soignant qui pense le devoir dispose de deux grands principes : *celui de la contradiction et celui de la raison suffisante*. La raison suffisante s'applique aux vérités *nécessaires* mais doit aussi s'appliquer aux *vérités contingentes*. Or lorsque nous évoquons le devoir, nous abordons une vérité contingente aux situations ou aux personnes.

Comme nous l'avons déjà démontré, le devoir change selon qu'il concerne la réalisation impérieuse du soin, ou le respect de l'enfant ou l'obligation de se conformer aux règles du groupe. Cependant la contingence de la vérité du devoir n'est pas uniquement liée aux modifications de ce à quoi le devoir s'applique (devoir envers telle ou telle chose) car elle est aussi concernée par les changements propres à sa cause efficiente.

« § 36. Il y a une infinité de figures et de mouvements, présents et passés, qui entrent dans la cause efficiente de mon écriture présente, et il y a une infinité de petites inclinations et disposition de mon âme, présentes et passées qui entrent dans la cause finale. »²⁵⁰

Le soignant en sa qualité d'agent immédiat du devoir (cause efficiente) : celui par qui le devoir se produit, reçoit *une infinité de figures et de mouvements* qui entrent dans la réalisation finale du devoir (cause finale). Ces fluctuations liées aux différences de perceptions monadiques, modifient la perception consciente du devoir sans changer l'unité des composés du devoir.

Cependant « [...] la résolution en raisons particulières pourraient aller à un détail sans bornes, à cause de la variété immense des choses de la Nature et de la division des corps à l'infini »²⁵¹. Dans ce cas nous risquons d'être face à un enchaînement infini qui ne saurait jamais se terminer. Nous ne pourrions jamais déterminer résolument la nécessité du devoir car nous serions perdus dans une infinité de contingents. Alors il faut bien, nous dit Leibniz, qu'il y ait une raison suffisante qui soit « [...] dans une substance nécessaire, dans laquelle le détail des changements ne soit qu'éminemment, comme dans sa source ; et c'est ce que nous appelons *Dieu*. »²⁵² .

Leibniz résout l'aporie de la variété immense d'agencements des choses et des composés par l'existence d'une *Substance Suprême* qui ordonne harmonieusement toutes les réalités possibles. Si les choses sont telles qu'elles sont en ce qui concerne l'aperception du devoir, on le doit d'une certaine à la volonté divine *qu'il en soit ainsi et non pas autrement*.

Le point de vue leibnizien ne réduit pas pour autant totalement la marge de manœuvre de chacun dans le déploiement de son *Esprit*, disons qu'il la circonscrit, en l'inscrivant dans une programmation divine préétablie. §42 .

²⁵⁰ *Ibid.* p.228.

²⁵¹ *Ibid.* p.228.

²⁵² *Ibid.* p.229.

Chaque créature a sa part de perfection qu'elle retire de l'influence de la monade des Monades mais « [...] les créatures ont aussi leurs imperfections de leur nature propre. »²⁵³ N'oublions pas que pour Leibniz les Monades créées le sont à l'image de Dieu § 48 (qui possède *Puissance*, *Connaissance* et *Volonté*), ce qui leur donne la faculté perceptive et la faculté Appétitive mais qui contrairement aux facultés divines sont finies et imparfaites. La perfection de la Monade créée, appelée aussi les *Entéléchies*, ne sont que des imitations de la perfection divine.

Le « soignant » en sa qualité de Monade douée d'Actes réflexifs étend sa *perfection* et raisonne sur le modèle de la Monade Suprême mais ses raisonnements sont néanmoins limités par ses imperfections. §49. « La créature est dite *agir* au dehors en tant qu'elle a de la perfection ; et *pâtir* d'une autre, en tant qu'elle est imparfaite. Ainsi on attribue l'Action de la Monade, en tant qu'elle a des perceptions distinctes, et la passion, en tant qu'elle a des perceptions confuses. »²⁵⁴ Le raisonnement du soignant vis-à-vis du devoir est à la fois agissant et pâtissant. La perception du soignant résulte d'une combinaison de possibles et de limites en fonction du degré de perfection de ses perceptions (qui sont à la fois distinctes et confuses). Or il semble que l'homme refuse d'admettre cette part d'imperfection lorsqu'il tient pour certains des faits issus de perceptions confuses.

Considérons que L'Action de la Monade, s'applique dans le cas présent à notre agir au regard du devoir. Ne devrait-on pas tenir compte alors, du fait que nous bénéficions certes de perceptions distinctes mais que nous pâtissons aussi de perceptions confuses ?

La leçon de Leibniz devrait nous conduire à la reconnaissance de notre imperfection ontologique. Celle-ci pourrait aider à relativiser les raisonnements produits par nos *Entéléchies*. Pourtant, de toutes évidences, l'homme reste dupe de ces perceptions et cède à la passion. *La passion, en tant qu'elle a des perceptions confuses* or la matière, le temps et l'espace sont des perceptions confuses.

²⁵³ *Ibid*, p.229.

²⁵⁴ *Ibid*, p.232.

Le soignant accueille ses perceptions comme des vérités nécessaires alors qu'elles ne sont pourtant que contingentes. Il se méprend sur la nature des choses car il ne renonce pas à croire en la matière.

Au contraire sa formation, la construction épistémologique, fait de lui un admirateur de la matière (biologique, organique). Il est en quelque sorte un matérialiste non métaphysicien, à l'inverse de l'atomisme métaphysique de Leibniz.

Cela l'empêche peut être de s'extraire de la situation et d'en faire une lecture différente. En effet, le soignant pèse et mesure son devoir en s'appuyant sur des perceptions confuses, telles que celle du temps. Il exerce son devoir en se projetant dans le temps. Il hypothèque d'une certaine façon, son devoir immédiat pour le bien futur de l'enfant. Ces raisonnements, qui semblent naître de perceptions distinctes, nous induisent en erreur et nous donnent à croire en quelque sorte en notre perfection, là où l'invitation leibnizienne, devrait nous amener à admettre l'imperfection ontologique qui nous anime.

Partant de ce constat notre description ne pouvait se réduire à une juxtaposition des différents devoirs. Ce qui nous permettrait d'envisager les possibles et les limites de notre conception du devoir. La nécessité métaphysique décrite ici à propos du devoir concerne notre questionnement général à propos du phénomène de la contention.

Nous sommes conduits à considérer notre rapport à la connaissance que nous avons de nous-même, en notre qualité de Monade douée d'Actes réflexifs. Notre tentative d'illustrer le phénomène en partant de la notion de centre, point de départ du développement de l'agir, est révoquée par Leibniz. La théorie monadologique substitue le *point de vue* au centre.

Il s'agit maintenant d'étudier le processus de dérogation et d'adaptation qui sous-tend l'agir des protagonistes quant à la contention. Un agir qui diffère selon le point de vue de chacun et qui nous fera sans aucun doute revenir entre autres à la conception leibnizienne.

Le verbe *faire* peut s'entendre dans le sens d'exécuter une prescription ou d'accomplir un geste grâce à des outils de soins. *Faire* des soins peut aussi se définir comme l'action de *fabriquer* du soin dans la mesure où l'activité de soins est médiée par des instruments.

Outre le fait d'utiliser des outils fabriqués pour soigner, on pourrait considérer que le travail du soignant consiste en soi à *fabriquer* quelque chose.

Du soignant « homo faber »

La fabrication vise ici à transformer la maladie, à confectionner de la santé à partir du corps souffrant, envisagé comme matière première de la médecine. Le soignant est alors pour une part *artisan*. Un artisan qui use de son *intelligence* pour fabriquer de la guérison. Un artisan qui travaille à la réparation de *l'accidentel* en fabriquant de *l'artificiel*. A la lisière de la question de *l'intelligence* pour réduire *l'accidentel*, apparaît celle de *l'instinct*. Dans quelle mesure celui-ci intervient-il pour répondre aux besoins ? L'instinct se cantonne-t-il à ce qui est naturel là où l'intelligence répare par l'artificiel ce qui survient accidentellement ?

Selon Bergson l'instinct est la faculté naturelle qui répond aux besoins immédiats en organisant l'utilisation de l'organe. « L'instinct trouve à sa portée l'instrument approprié : un instrument qui [...] fait tout de suite, au moment voulu, sans difficulté, avec une perfection souvent admirable, ce qu'il est appelé à faire. »²⁵⁵

La fabrication artificielle par l'intelligence se substitut-elle au défaut d'instrument approprié à portée de l'instinct ? Méfions-nous de cliver excessivement la fabrication artificielle et l'usage instinctif de l'instrument approprié pour interroger la nature des soins dispensés à l'enfant. Car dans cette distribution se trouvent des intermédiaires tels que *l'habitude*.

Suspendons un instant notre développement, pour une parenthèse où l'on distingue l'instinct de l'habitude. Une précision utile avant de poursuivre sur le développement entamé autour de la dialectique bergsonienne de l'intelligence et de l'instinct qui servira notre question des soins médicaux qui se substituent aux soins dits naturels prodigués à l'enfant.

En effet nous mettons en perspective les soins qui relèvent de la survenue accidentelle de la maladie dans l'existence d'un enfant, alors que celui est par ailleurs déjà naturellement sujet de soins.

²⁵⁵ Bergson, Worms et François, *L'évolution créatrice*.p.141.

Prenons l'exemple de ce qui se produit au tout début de la vie du nouveau-né lorsque la mère met celui-ci au sein. Il semble que ce soit dans la nature du bébé de relever spontanément la tête pour trouver instinctivement le sein de sa mère, déclenchant ainsi son réflexe de succion qui lui permettra de se nourrir. Mais est-ce par instinct que la mère met le nouveau-né au sein ?

Il semble que l'exemple de la mise au sein et avec lui l'écart qui existe peut-être entre le nouveau-né et sa mère illustre la différence entre *les tendances engendrées par la continuité ou la répétition de l'acte, et les tendances primitives qui constituent notre nature*. Une différence que Ravaisson rapproche de celle qui sépare l'habitude de l'instinct. « Comme l'habitude, est une tendance à une fin, sans volonté ou sans conscience distincte. Seulement, l'instinct est plus irréfléchi, plus irrésistible, plus infaillible. L'habitude approche toujours davantage, sans y atteindre jamais peut-être, de la sûreté, de la nécessité, de la spontanéité parfaite de l'instinct. »²⁵⁶

Reprenons l'exemple de l'allaitement. On peut considérer que le fait d'allaiter s'apparente plutôt à l'*habitude* dans la mesure où le fait d'allaiter n'est pas toujours issu d'un instinct irrésistible ou infaillible. D'ailleurs l'allaitement artificiel se substitue à l'allaitement maternel, et le biberon, instrument fabriqué pour se substituer au sein maternel (instrument naturel), répond bien à un besoin instinctif ; celui de l'enfant d'être nourri et une habitude ancestrale du parent de nourrir son enfant. Refermons ici la parenthèse ouverte au sujet de la différence entre l'instinct et l'habitude en retenant la notion de degré proposée par Ravaisson. « Entre l'habitude et l'instinct, entre l'habitude et la nature, la différence n'est donc que de degré, et cette différence peut être réduite et amoindrie jusqu'à l'infini. »²⁵⁷

Ainsi le clivage qui semblait séparer l'instinct de l'habitude s'estompe et nous pouvons poursuivre en gardant à l'esprit cette notion de degré et reprendre le développement entamé à propos de l'intelligence et de l'instinct qui met lui-même en perspective les soins artificiels et les soins dits naturels.

²⁵⁶ Ravaisson, Félix et Marin, Claire, *De l'habitude*, [Première parution 1838], Paris, Editions Allia, 2007, p.49-50.

²⁵⁷ *Ibid.*

Revenons donc à la problématique des soins reliée à la fabrication artificielle d'instruments qui font potentiellement défaut pour répondre aux besoins naturels de l'enfant. Des exemples d'instruments naturels dont l'instinct fait usage et qui correspondent au constat bergsonien selon lequel : «L'instrument fait partie du corps qui l'utilise. »²⁵⁸ .

L'organisation du corps offre donc des instruments spécialisés pour répondre aux besoins immédiats, une organisation que l'instinct sait mettre à profit. Alors que l'instinct s'inscrit au regard des besoins naturels de l'enfant il semble que l'intelligence, caractérisée par la faculté de fabriquer réponde aux besoins accidentels.

De même que les soins maternels répondent par habitude et instinct (et ici c'est affaire de degré) aux besoins de l'enfant, de même les soins médicaux sont le produit d'une intelligence créatrice qui fabrique les instruments de la guérison.

Disons qu'il y a dans l'instinct une forme de continuité de l'organisation, tandis que l'accidentel produit une rupture de l'organisation naturelle. Une rupture à laquelle l'intelligence répond par l'invention d'instruments afin de triompher de « [...]l'insuffisance même des moyens naturels dont l'homme dispose pour se défendre contre ses ennemis, contre le froid contre la faim . »²⁵⁹

La nature fragile de l'homme le conduit à développer son intelligence, qui subordonne bientôt l'instinct. Une subordination de l'intelligence issue d'une volonté humaine ontologique sous-estimée, celle de *fabriquer*. « Mais en ce qui concerne l'intelligence humaine, on n'a pas assez remarqué que l'invention mécanique a d'abord été sa démarche essentielle. »²⁶⁰

Car de tout temps, on assiste à la mise en œuvre créatrice de l'intelligence humaine caractérisée par l'invention puis par la fabrication d'outils et d'instruments divers. C'est d'ailleurs la faculté de fabriquer ces instruments qui semble caractériser l'intelligence humaine. Bergson nous rappelle en outre que l'on date l'apparition de l'homme sur terre au moment de la découverte des premières armes et des premiers outils.

²⁵⁸ Bergson, Henri, *L'évolution créatrice*, [1907], Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013, p.140.

²⁵⁹ *Ibid.* p.143.

²⁶⁰ *Ibid.* p.139.

Au regard de cette analyse, il suggère même de substituer la dénomination d'*homo sapiens* pour celle d'*homo faber*. La notion d'*homo faber* se substituant à celle de l'homme savant donne un nouvel éclairage à notre problématique. Nous parlions du soignant, de l'homme de science, du médecin et nous voilà face à un homme dont la démarche essentielle trouve sa source non pas dans le savoir mais dans le faire, dans la fabrication.

La médecine semble en effet être concernée par ce constat au même titre que d'autres domaines. L'acte de soin se matérialise par l'usage d'*instruments artificiels nés d'inventions qui jalonnent la route du progrès et en ont aussi tracé la direction*. Le moteur de l'action se transforme, la volonté d'origine n'est plus de connaître mais de fabriquer.

Cette bascule de paradigme conduit à une nouvelle compréhension de l'évolution de la vie, et celle-ci s'applique particulièrement au champ de la médecine dans la mesure où cette dernière s'occupe du vivant. L'intelligence mue par sa volonté d'inventer des substrats pour pallier aux déficits de l'organisation naturelle, fabrique un instrument imparfait car produit d'une manière inorganisée. Si c'était le cas, si l'instrument était construit d'une manière organisée, alors il s'agirait d'un instrument naturel appartenant au registre de l'instinct.

Or l'intelligence fait face aux insuffisances de celui-ci et l'objet de sa fabrication n'est pas *a priori* organisé. « L'instinct achevé est une faculté d'utiliser et même de construire des instruments organisés ; l'intelligence achevée est la faculté de fabriquer et d'employer des instruments inorganisés. »²⁶¹

Mais c'est justement l'imperfection de cet instrument qui lui confère son pouvoir. Parce qu'il n'est pas spécifique, l'objet fabriqué a la possibilité de s'adapter pour répondre à des situations variables. Son polymorphisme devient son atout majeur et offre de multiples possibilités. Prenons l'exemple des soins aux enfants et en particulier la substitution par l'invention d'un matériel médical pour répondre à une fonction physiologique déficiente.

²⁶¹ Bergson, Henri, *L'évolution créatrice*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013, p.141.

Imaginons une situation où l'enfant n'a pas ou a perdu son réflexe de succion, ou de déglutition. Il ne peut plus se nourrir naturellement. La force inventive de la médecine s'exprime pleinement pour palier à une insuffisance physiologique. Là où l'instinct fait défaut l'intelligence médicale invente des alternatives.

Les possibilités dans ce domaine sont nombreuses : il est possible de glisser une sonde naso-gastrique dans le nez de l'enfant pour administrer la nourriture directement dans son estomac, de le nourrir par voie parentérale c'est-à-dire par le biais d'une perfusion. Il existe encore d'autres possibilités, telle que l'installation d'un bouton de gastrostomie permettant un accès direct à l'estomac en court-circuitant le trajet physiologique de la nourriture. Ces exemples ne sont qu'un infime échantillon parmi d'innombrables possibilités générées par l'invention d'instruments médicaux artificiels. Rien n'étant ni organisé ni spécifique à l'origine, l'invention d'un instrument artificiel bénéficie donc d'un large champ des possibles.

« Surtout il réagit sur la nature de l'être qui l'a fabriqué, car en l'appelant à exercer une nouvelle fonction, il lui confère, pour ainsi dire, une organisation plus riche, étant un organe artificiel qui prolonge l'organisme naturel. »²⁶²

Souvenons-nous néanmoins que ces possibilités demeurent des instruments qui se greffent sur le vivant. Ils représentent une forme d'orthèse de l'organe déficient qui ferait presque oublier qu'elle n'en est qu'un artifice.

De même que les soins de nature accidentelle se confondent avec les soins naturels, de même les instruments créés artificiellement risquent d'être confondus avec une utilisation instinctive d'instruments naturellement organisés.

Or confondre l'organisation naturelle du vivant et l'instrument palliatif de son fonctionnement physiologique fait courir le risque de dénaturer le vivant, de faire de lui le support de l'invention et non l'inverse.

²⁶² *Ibid.* p.142.

De même que la maladie ne caractérise pas l'enfant qui est soigné, de même l'organe artificiel ne doit pas servir l'invention mais plutôt celui sur lequel elle se greffe. Tout comme la main n'a pas été créée pour tenir une fourchette, la veine n'a pas été créée pour y insérer un cathéter court, pas plus que le corps n'a, à l'origine, vocation à exercer l'intelligence créative médicale.

On assiste pourtant à une sorte d'autonomisation de la fabrication, démarche essentielle de l'intelligence humaine. La fabrication ne fabrique plus pour servir ce qu'elle supplée mais fabrique essentiellement pour fabriquer.

« Mais cet avantage de l'intelligence sur l'instinct n'apparaît que tard, et lorsque l'intelligence, ayant porté la fabrication à son degré supérieur de puissance, fabrique déjà des machines à fabriquer. »²⁶³

L'engrenage dans lequel l'*homo faber* se trouve plongé est difficilement enrayable car il se meut désormais de manière autonome, presque indépendamment de lui. Les progrès médicaux issus des inventions s'enchaînent et s'inscrivent subrepticement dans la nature des choses. Il devient paradoxalement instinctif d'utiliser d'instruments artificiels pour soigner. Il est dans l'ordre des choses d'obéir à la mécanique des soins, le soignant devenant l'auxiliaire des instruments fabriqués pour soigner, l'enfant devenant l'extension de la prothèse artificielle. Prenons l'exemple des machines d'assistance respiratoire. Elles sursoient à l'incapacité temporaire de la personne à respirer spontanément. Pour que cette machine puisse fonctionner, il faut nécessairement la relier à la personne qui est en détresse respiratoire.

Cette étape consiste à introduire un tube dans la trachée du patient pour le connecter ensuite au respirateur. Le maillon incontournable de cette étape est nécessairement le médecin, dont le rôle est de mettre le patient en condition de recevoir l'aide de la machine. Le soignant se met en quelque sorte au service de la machine pour servir les intérêts du patient. Les inventions médicales servent désormais l'homme autant qu'elles se servent de lui. Voilà un retournement de situation d'autant plus sournois qu'il est utile.

²⁶³ *Ibid.*

Sur le modèle insidieux, en quelques sortes, du don et de la dette qui rend redevable celui qui bénéficie du don. La dette que payent aujourd'hui les professionnels des soins à l'intelligence créatrice médicale semble se concrétiser au travers l'instrumentalisation du soignant lui-même devenu instrument de la médecine. L'autonomie de la fabrication d'instruments de guérison semble entraîner en retour un déficit du libre arbitre des acteurs des soins.

Lorsque le soignant contraint l'enfant au cours du soin, il prête main-forte à la mécanique médicale pour qu'elle puisse s'exercer pleinement. Or la force exercée par la mécanique médicale semble impulser la mise en mouvement du soignant, un mouvement qui persévère, un mouvement qui semble répondre à la loi newtonienne de l'inertie. Les soignants sont comme prisonniers de cette inertie générée par l'impulsion de la mécanique des soins.

Les mouvements de l'enfant qui se débat viennent freiner la marche en avant de cette mécanique médicale bien rodée et efficiente. Sous cet éclairage bergsonien il est possible de considérer que les bras des soignants retiennent le mouvement de l'enfant qui entrave le libre court de ce qui est la démarche humaine essentielle, celle de fabriquer les instruments de son salut.

L'instrument de la guérison de l'enfant étant le soin, celui-ci doit pouvoir être réalisé. Mais pour faire le soin, il faut maîtriser les mouvements de l'enfant qui se débat et entrave la réalisation technique du geste médical. Alors il faut avoir recours à la contention, elle-même instrument de l'immobilisation de l'enfant. L'action de contenir l'enfant s'inscrit dans un processus technique du soin, ancillaire à celui-ci. La contention sert la technique médicale, elle-même servie par les soignants.

On assiste à un enchaînement des techniques, un processus devenu quasiment indépendant, qui semble fonctionner de manière autonome. Le constat de cet enchaînement corrobore l'idée bergsonienne de la fabrication de machine pour fabriquer. La technique médicale n'échappe pas à ce processus au sein duquel les instruments disponibles exigent la fabrication de nouveaux instruments qui viennent servir les premiers. Le processus de fabrication d'instruments ancillaires aux outils de la médecine semble sans fin ou du moins produire des situations telles que la contention de l'enfant, où l'action semble appartenir à la mécanique de la technique plus qu'à la volonté du soignant.

Mais avant d'étudier plus précisément le rôle que tient le soignant dans ce processus, il semble nécessaire d'approfondir le sujet de la technique à proprement parlé. En effet la contention semble être une technique captive de celle de la technique médicale et il convient de cerner cet aspect de la problématique de la contention mais il s'agit pour cela de définir en préambule ce qu'est la technique.

De la question de la technique et de la contention

Bien qu'il soit admis que la contention serve la technique médicale, nous n'avons pas encore spécifiquement précisé en quoi la contention est elle-même une technique. Cette étape devrait nous permettre de clarifier notre sujet avant d'aborder la définition plus générale de la technique et étudier en quoi celle-ci correspond à notre problématique.

Nous évoquons en préambule à ce travail un souvenir professionnel de début de carrière en pédiatrie. Il s'agissait d'un myélogramme à effectuer sur un jeune enfant et pour réaliser ce soin un collègue avait pris soin d'initier la jeune professionnelle que j'étais à la *technique* de la contention. Il avait expliqué le matériel : une alèze en tissu puis avait fait la démonstration de l'« enroulage » de l'enfant dans le drap pour bloquer ses mouvements, immobilisant ainsi bras et jambes en laissant toutefois un peu de lest au moment de resserrer le tissu pour et éviter de serrer trop fort le corps de l'enfant.

La manière de faire était étudiée, réfléchie, la technique de la contention répondait ainsi à des critères et à un mode opératoire précis. Comme toute technique, celle de la contention de l'enfant réclame du matériel et un savoir-faire. Le mode opératoire pour contenir un enfant pendant le soin peut varier en fonction des situations mais certains éléments se retrouvent de manière récurrente dans le procédé : matériel et méthode. Il faut noter ici que le matériel pour limiter le mouvement peut provenir d'un objet détourné de son usage courant comme le drap ou l'alèze ou encore la couverture de *spiderman* du petit garçon à qui l'on pose une sonde gastrique.

Mais il peut aussi s'agir d'un matériel fabriqué spécialement pour contenir l'enfant comme c'est le cas avec les « menottes » qui sont des bracelets rembourrés que l'on attache avec des velcros aux poignets de la personne ou aux chevilles.

Ou encore des dispositifs spéciaux pour les examens en radiologie, pudiquement appelés « berceau de contention » comme le dispositif qu'on peut voir ici.



Cependant la contention est le plus souvent effectuée manuellement. Ce sont les mains et les bras des soignants qui sont utilisés, qui sont donc les *outils* de la contention. Le matériel de contention est alors en quelque sorte un matériel humain. Un des témoignages recueilli dans le cadre de l'étude qualitative ancillaire à notre réflexion philosophique, réalisée auprès de soignants de pédiatrie, appuie notre description.²⁶⁴

V. On peut l'enrouler dans une alèze pour éviter qu'il ne se débatte parce qu'après, si on le maintient trop fort, on peut lui faire mal donc on essaie de trouver des techniques où on va éviter de le maintenir d'une façon qui lui ferait mal mais c'est sport,...

Le matériel pour contenir l'enfant varie donc d'un service à un autre, d'une situation à une autre. On constate à quel point l'intelligence humaine est une fois de plus capable de s'adapter à une multitude de situation comme le soulignait Bergson. Cela se vérifie dans l'invention de moyens pour réaliser la contention physique de l'enfant lors du soin.

²⁶⁴ Annexe 1.

Cependant au-delà du matériel pour contenir qui comme on a pu le constater est varié, on s'aperçoit que la méthode diffère également en fonction du contexte de son utilisation. La technique de la contention doit limiter le mouvement de l'enfant au cours du soin.

Le niveau de contention varie en fonction du degré d'immobilité que l'on souhaite obtenir. La contention peut se limiter à une seule partie du corps, ou à la moitié du corps mais elle peut concerner la totalité du corps de l'enfant. Le degré de la contention n'est pas seulement déterminé par la nature du soin, il l'est aussi par le comportement de l'enfant, c'est-à-dire par sa réaction face au soin.

Il y a un rapport de cause à effet direct entre l'agitation de l'enfant et le degré de contention qui va être utilisé, cet aspect du phénomène sera approfondi un peu plus loin car il semble intervenir de manière prépondérante dans la méthode et l'enchaînement technique du phénomène de contention. Notons d'ailleurs qu'il arrive même que les professionnels devancent la réaction et l'agitation de l'enfant. Dans ces cas-là, la contention est réalisée par anticipation, *au cas où* l'enfant s'agiterait.

Pour récapituler la manière de contenir dépend du degré d'immobilité requise qui est lui-même conditionnée par la nature du soin mais aussi par la *nature* de l'enfant : docile ou agité par exemple, -une formulation très caricaturale- mais qu'on espère explicite à ce moment de nos explications.

Ces explications confirment le fait que la contention de l'enfant au cours du soin correspond bien à une technique elle-même ancillaire de la technique médicale. La contention est un phénomène qui illustre l'enchaînement généré par la technique qui elle-même agit telle une mécanique entraînant dans le sillage un ensemble d'effets collatéraux.

Voyons maintenant comment cette technique s'inscrit dans la question plus générale de la technique posée par la philosophie. En effet l'hégémonie de la technique moderne et sa potentielle autonomie délétère est un thème récurrent de la philosophie contemporaine. Heidegger étudie « la question de la technique », il semble que l'analyse de cet essai soit d'une aide précieuse dans notre effort de compréhension.

Chapitre XIX : La contention à l'épreuve de la question de la technique

Une description détaillée des différents moyens de contenir un enfant lors des soins étaye l'argumentaire en faveur de son appartenance au domaine de la technique mais cela ne semble pas suffire pour connaître *ce qu'est* la contention en tant que technique ou plus largement *ce qu'est* la technique.

1. De la technique pour contenir un enfant

S'il suffisait d'une démonstration, ou d'un protocole ou d'une fiche *technique* rédigée à propos de la technique de contention de l'enfant alors nous pourrions en connaître les détails, nous pourrions en décrire les étapes, les indicateurs, le matériel et la méthode mais ce serait finalement comme étudier n'importe quelle autre technique de soin, et nous passerions sans aucun doute à côté de *ce qu'est* la technique, nous manquerions *l'essence* de la technique. Car en considérant la technique comme un sujet d'étude équivalent à un autre sujet alors on la considère comme quelque chose de *neutre*, sans aucune particularité, autre que celle d'user de moyens en vue d'une fin. «La technique n'est pas la même chose que l'essence de la technique. Quand nous recherchons l'essence de l'arbre, nous devons comprendre que ce qui régit tout arbre en tant qu'arbre n'est pas lui-même un arbre qu'on puisse rencontrer parmi les autres arbres »²⁶⁵

De la technique en soi

Ce qui régit toute technique en tant que technique (les éléments qui y participent, les indicateurs spécifiques d'un acte technique) : matériel et méthode par exemple, ne sont pas eux même une technique parmi d'autres techniques.

²⁶⁵ Heidegger, *Essais et Conférences*, La question de la technique, p.9.

Il ne faut donc pas confondre ce qui participe à la technique et ce qu'est la technique. La confusion entre la technique et l'essence de la technique empêche de voir *ce qu'est* véritablement la technique au sens heideggérien. Mais peut-on dire que cette confusion empêche de voir l'idée de la technique au sens husserlien ? La cécité à l'idée de *ce qu'est* la technique ne semble pas être tout à fait équivalente à la *cécité spirituelle* dont nous parlait Husserl un peu plus tôt.

L'aveuglement en face de l'essence de la technique qu'Heidegger prédit à tous ceux qui croiront que la technique est un phénomène neutre ne correspond pas exactement à la *cécité aux idées* husserlienne. Car pour Heidegger comprendre ce qu'est l'essence de la technique exige d'aller au-delà de ce qu'est la *chose même*. Car dès l'instant où l'on cherche à se représenter la chose, à la capturer, on rate en quelque sorte l'occasion de s'approcher de la chose même.

Afin de mettre en perspective plus concrètement la réflexion heideggérienne à propos de la technique et le questionnement ciblé sur la contention qui nous préoccupe, nous proposons d'illustrer ce développement par un exemple issu de la littérature professionnelle.

Quand l'enfant devient un ingrédient d'un sandwich mexicain

Il s'agit d'un article paru en 2011 dans une revue professionnelle médicale reconnue « *The Journal of emergency medicine* »²⁶⁶ et qui décrit une technique de contention pour réaliser les soins aux urgences pédiatriques.

Contexte : Il est souvent nécessaire, aux urgences pédiatriques, de restreindre efficacement les mouvements de l'enfant pour effectuer avec succès les procédures médicales. La *technique* du drap enroulé autour du corps de l'enfant peut, être inconfortable et intimidant pour l'enfant, et mais surtout cette technique ne permet pas de maintenir convenablement les bras de l'enfant en arrière du corps et ce dernier peut malgré tout se tortiller librement.

Discussion : *Partant* de ce constat les auteurs proposent une adaptation de la technique du drap enroulé, qu'ils comparent à la technique du « *burrito* » (en référence à la technique de cuisine mexicaine qui consiste à mettre dans une galette de maïs une garniture et qui nécessite un pliage

²⁶⁶ Brown, Julie C. et Klein, Eileen J., « The "Superhero Cape Burrito": A Simple and Comfortable Method of Short-term Procedural Restraint », *The Journal of emergency medicine*, vol. 41, no. 1, 2011, pp. 74–76.

*particulier afin de maintenir la nourriture à l'intérieur*²⁶⁷). Il s'agit d'utiliser une taie d'oreiller pour mieux immobiliser les bras de l'enfant. Les bras sont insérés dans la taie d'oreiller derrière le dos de l'enfant, puis l'enfant est placé en décubitus dorsal sur une alèze puis on tourne l'enfant de chaque côté, l'alèze est ensuite rabattue derrière le dos. L'enfant est ainsi facilement et confortablement contenu.

Conclusion : Cette technique semble rencontrer plus de succès que celle où l'enfant est enroulé dans une alèze seule, elle est également plus facile à exécuter que d'autres techniques de drap enroulé et améliore l'immobilisation des bras.

Cet article porte spécifiquement sur l'aspect technique de la contention. La manière de présenter la technique dans cet article professionnel semble refléter une conception *neutre* de celle-ci. Ici les auteurs se bornent à expliquer le moyen de pratiquer la contention de manière « efficace ». Ils paraissent parfaitement s'accommoder de cette technique. Or la conception selon laquelle la technique est quelque chose de neutre *nous rend complètement aveugles en face de l'essence de la technique*²⁶⁸ selon Heidegger.

Afin de préciser sa pensée Heidegger reprend méticuleusement le questionnement à propos de la technique en partant de la conception que l'on retrouve le plus couramment à ce sujet. Selon lui, lorsqu'on demande *ce qu'est la technique*, deux réponses surgissent spontanément. « D'après l'une la technique est le moyen de certaines fins. Suivant l'autre, elle est une activité de l'homme. »²⁶⁹

La dualité de la réponse faite *a priori* à la question de la technique est d'emblée dépassée par Heidegger car ces deux caractéristiques sont intriquées, se nourrissent l'une l'autre. La technique concrétise la volonté de trouver, d'inventer, et de fabriquer le moyen qui va permettre à l'homme de parvenir à ses fins.

La technique couronne les efforts de l'intelligence humaine, comme le proposait déjà Bergson dans *l'intelligence créatrice* avec la notion d'*homo faber*, qui fabrique le moyen de parvenir à ses fins.

²⁶⁷ Commentaire personnel inséré afin de compléter la traduction anglaise de cet article, car en dehors de son contexte la traduction de cette qualification risquait de ne pas être compréhensible.

²⁶⁸ Heidegger, *Essais et Conférences*.p.10.

²⁶⁹ *Ibid.*p.10.

La technique n'est pas simplement un moyen de certaines fins, elle caractérise aussi l'activité humaine. Il s'agit donc de considérer la technique d'un point de vue synthétique. Impossible de distinguer d'un côté l'usage de la technique de la contention comme moyen qui permet de soigner, de la nature de l'homme qui tend à inventer de manière essentielle, l'instrument qui lui permettra de le faire. Placé dans la situation où le soignant doit atteindre des fins, il n'échappe pas en quelque sorte à sa nature qui le pousse à inventer le moyen d'y parvenir.

La contention en tant moyen technique du soin caractérise aussi la démarche qui anime celui qui l'utilise. L'un ne va pas sans l'autre. La technique et celui qui l'utilise, forment un tout, dans la mesure où ce dernier met en acte un moyen pour une fin. Il s'agit d'un ensemble à l'intérieur duquel les outils et les instruments fabriqués, conçus pour répondre au besoin justifié par des fins – ici : le besoin d'utiliser le moyen qui immobilise l'enfant pour parvenir à *finalement* le soigner - sont solidaires de l'homme qui fabrique l'instrument qui répond à son besoin. L'interaction entre les moyens et les actes caractérise la technique. « En font partie ces choses mêmes qui sont fabriquées et utilisées et aussi les besoins, et les fins auxquels elles servent. [...] Elle est elle-même un dispositif (*Einrichtung*), en latin un *instrumentum* . »²⁷⁰

2. D'une absence de neutralité à l'aveu d'une implication

Considérer la technique comme un ensemble qui inclue modalité et finalité agrège celle-ci en un tout. On voit ici comme Heidegger dans cette première étape de l'analyse, relègue déjà la possibilité de considérer la technique comme neutre. Celle-ci n'est pas indépendante de notre action, l'homme est nécessairement impliqué dans celle-ci, nécessairement concerné.

Quand les auteurs de l'article scientifique rédigé sur la contention présente cette technique avec précision et méthode, ils ont beau faire en sorte de décrire avec une neutralité détachée le moyen de parvenir à faire le soin.

²⁷⁰ *Ibid.* p.10.

Il n'empêche que ce dispositif implique aussi le soignant y compris d'ailleurs celui qui le décrit dans un article. Le professionnel n'est pas seulement l'instrument du bon « pliage » du *burrigo*-enfant, il en est aussi l'instigateur. Ce n'est pas la technique de la contention qui « décide » de se mettre en action de manière autonome, il y a à l'origine du processus une volonté humaine de trouver le moyen de faire ce qu'il y a à faire.

Du soignant captif de la technique ?

A la lecture de l'article on peut pourtant avoir le sentiment d'une forme de détachement, traduit par une description méthodique, à la manière d'une recette, dans laquelle on ne retrouve pas d'implication humaine. Méfions-nous des confusions à ce propos. Il ne s'agit pas ici de questionner l'affect du soignant dans ce processus. Nous relevons seulement le fait que la description méthodique dans l'article semble placer le professionnel au même niveau que le reste du matériel nécessaire à la technique. Le soignant semble être l'instrument du moyen or il en est aussi le promoteur.

La technique n'est pas seulement l'expression d'un moyen ou encore celle d'une activité humaine, elle *est* et se nourrit des deux à la fois, ce qui fait d'elle un dispositif en soi. L'utilisateur de la contention et la technique de la contention forment un dispositif technique. L'utilisateur de la contention ne peut pas se désolidariser du moyen qu'il utilise car il fait lui-même parti du dispositif. Cette conception peut donc être appelée selon Heidegger une conception instrumentale et anthropologique. Heidegger admet l'exactitude cette conception qui apparaît aux yeux de tout un chacun et qu'il est vain de réfuter. « Elle se conforme visiblement à ce qu'on a sous les yeux lorsqu'on parle de technique ». ²⁷¹

Quelle que soit la technique observée, qu'elle soit artisanale ou moderne, la conception instrumentale et anthropologique de la technique correspond à ce que la technique nous donne à voir de ce qu'elle est : un moyen pour des fins posé par l'homme. La complexité ou la simplicité de ce moyen ne modifie pas ce constat.

²⁷¹ *Ibid.*p.10.

Il est néanmoins important de souligner le fait que la technique « ancienne », et avec elle ces outils comme la brouette qui soulage les bras de ceux qui transportent de lourdes charges, est à distinguer de la technique moderne, car elle demeure un moyen au service de l'homme. La technique moderne a désormais une tendance à utiliser l'homme comme moyen.

L'exemple caricatural de cette tendance est illustré dans la comédie dramatique de Charlie Chaplin : « Les temps modernes », où l'on peut voir à quel asservissement l'homme est soumis par l'industrialisation du monde moderne. L'homme est alors commis par la technique, il est à son service plus qu'elle ne l'est au sien. Il fait partie de son dispositif, il y est arraisonné. La contention exercée manuellement sur l'enfant – qui pourrait s'apparenter à une *technique artisanale* – n'est pourtant pas exactement du même ordre que la technique ancienne au service du travailleur. Bien que la contention manuelle ne fasse pas intervenir de moyens techniques élaborés, elle sert tout de même la biotechnologie moderne et c'est en ce sens qu'elle est partie prenante du dispositif technique qui arraisonne le soignant. Elle a donc la même finalité qu'un matériel plus sophistiqué.

Que ce soit le « berceau de contention » pour les examens radiologiques ou la technique du *burrito* décrite dans l'article, ces moyens s'apparentent à une *technique moderne* mais visent la même finalité que la contention exercée manuellement. Toutes deux représentent le moyen pour le soignant d'arriver à ses fins. Le degré de complexité de la technique moderne, le fait que celle-ci combine différents procédés, oblige peut être d'autant plus l'homme, l'utilisateur, le soignant à un surcroît d'attention pour *se placer dans un rapport juste à la technique*. Car plus la technique moderne est complexe plus elle semble éloignée de l'homme.

Plus la déclinaison des moyens est grande et plus le risque, de perdre de vue la conception instrumentale est grand. Le fait, que cet instrument élaboré, soit le résultat d'une combinaison de procédés complexes ne doit pas gommer le fait que cet instrument demeure un moyen pour des fins au même titre que l'est un instrument primitif. L'exactitude de ce constat n'est pas rassurante selon Heidegger.

En effet la technique moderne poussée à son extrême ne semble plus avoir beaucoup rapport avec l'activité de l'homme. « Naturellement une station de radar est moins simple qu'une girouette. »²⁷² Le produit de la technique moderne est moins simple que l'instrument issu de la technique artisanale.

Mais au-delà de la simplicité, il nous faut peut-être aussi noter un autre élément qui transparait au travers de l'instrument artisanal. Il s'agit de l'apparente influence de l'homme sur l'instrument. L'influence de la main de l'homme qui a travaillé le métal de la girouette se distingue de manière plus sensible que dans l'observation du radar, objet qui semble sortir du domaine de l'homme en donnant l'illusion d'une génération mécanique spontanée. Autant l'instrument artisanal qui fait appel à la main de l'homme laisse deviner l'influence humaine dans sa genèse et sa production. Autant l'instrument de très haute technicité, fruit d'innombrables combinaisons de procédés peut faire perdre de vue, la main symbolique qui a modelé cet instrument moderne, et masquer l'intelligence créatrice qui dont il est issu.

La technique de la contention de l'enfant ne semble pas échapper à ce constat. En effet la contention « artisanale » c'est-à-dire où l'enfant est maintenu à la force des bras des soignants, donne à voir l'influence irrévocable de l'homme dans cette technique. A l'inverse l'usage de moyens plus élaborés : drap replié selon une méthode scrupuleuse ou matériel spécifique, éloigne la main de l'homme, mettant en quelque sorte une distance entre la technique et celui qui la produit. La modernité contraint l'homme à se placer *dans un rapport juste à la technique* car justement elle éloigne l'homme du but initial de la technique.

Comment comprendre ce juste rapport à la technique? La justesse de ce rapport devrait-elle correspondre à une remise en perspective de la téléologie de celle-ci. La distance (virtuelle) entre l'objet de la technique et sa finalité est parfois devenue tellement grande, la sophistication de la technique impliquant tellement d'étapes, que la justesse du rapport à la technique peut facilement être tronquée.

²⁷² *Ibid.*p.11.

Cet éloignement, la distance artificielle qui nous sépare de la technique est aussi ce qui permet de ne pas voir à quel point nous sommes parfois soumis par la technique, à quel point nous n'avons plus de prise sur le dispositif qui était initialement prévu pour nous servir et qui désormais nous soumet, un dispositif auquel nous appartenons désormais. Alors nous cherchons artificiellement à mettre de la distance avec un dispositif technique qui nous a déjà arraisonnés.

Prenons l'exemple de la distance physique entre l'enfant et celui qui le contraint. Ni trop près ni trop loin ? Une distance qui permet de garder le contrôle. Or lorsque ce sont les mains du soignant qui contiennent l'enfant l'instrument de la technique et l'homme qui la produit se confondent. La distance entre l'homme et la technique est alors quasiment inexistante, il s'opère une fusion entre l'instrument et l'utilisateur or cette indifférenciation n'est pas propice à la maîtrise. A l'inverse l'usage d'un matériel pour contenir l'enfant installe une distance entre l'utilisateur et l'instrument. Un écart peut se creuser entre l'homme et la technique moderne, un écart protecteur qui menace pourtant de s'agrandir voire même de rompre le lien qui unit l'homme à l'objet de son invention technique. L'homme inventeur de la technique moderne semble avoir l'intuition de ce danger.

« Le point essentiel est de manier de la bonne façon la technique entendue comme moyen. On veut comme on dit, « prendre en main » la technique et l'orienter vers des fins « spirituelles ». On veut s'en rendre maître [...] volonté d'autant plus insistante que la technique menace davantage d'échapper au contrôle de l'homme. »²⁷³

Les professionnels qui décrivent avec circonspection la manière de contenir un enfant aux urgences, tentent peut être de *manier* la technique de la contention de *la bonne façon*, c'est-à-dire d'une façon professionnelle.

²⁷³ *Ibid.*p.11.

Une bonne façon de contenir l'enfant ?

Notons que s'il existe une *bonne façon* de manier la technique, c'est sans doute parce qu'il existe aussi une mauvaise façon de le faire. On pourrait faire l'hypothèse que ceux qui cherchent à présenter le *bon maniement* de la contention essaient d'une certaine manière de se démarquer d'un *mauvais usage* de la contention. Pour que la façon d'utiliser la technique soit bonne il faut qu'elle soit rationnelle, *orientée vers des fins « spirituelles »*. Inscire la technique dans un champ conceptuel professionnel, permet de l'inscrire dans un rationnel.

La technique de la contention n'est pas utilisée sans raison. Elle est raisonnée et justifiée par l'exercice d'une profession. Ici la technique de la contention apparaît dans une finalité *réfléchie* professionnellement. Le terme « *réfléchie* » évoque à la fois la rationalité et l'aspect réflexif.

La conceptualisation professionnelle permettrait alors de renvoyer à la personne qui soigne une image acceptable de la technique qu'elle exécute. Il s'agit peut-être d'une sorte d'écho de la pensée technicienne vers l'esprit individuel. L'inscription spirituelle de la technique de la contention devient alors dans une certaine mesure un mirage. Une illusion qui donne à croire que la technique de la contention serait le fruit d'une rationalité bien maîtrisée.

Or il semble que la contention forte de l'enfant pour réaliser le soin réponde plus à une exigence de la technique médicale qu'à un choix éclairé de l'esprit de celui qui produit le soin. L'acte de contenir devient nécessaire au regard de la réalisation du geste technique. La technique de la contention s'inscrivant dans un processus directement générée par la technique médicale elle-même. Les moyens utilisés étant plutôt fixés au regard de la finalité du soin et non en vue de fins définies par l'esprit de la personne qui soigne. C'est justement parce que la finalité de la contention forte risque d'échapper à la volonté du soignant, qu'il ressent peut être la nécessité de *la rapprocher de sa vocation spirituelle*, comme une forme de justification.

On perçoit le fait que la contention forte, en tant que résultat d'enchaînements de moyens en vue de réaliser le soin, s'écarte de la voie qui aurait pu initialement être tracée par l'esprit individuel.

C'est le processus lui-même qui génère la technique et non l'inverse et dans ces circonstances la contention semble échapper à des fins spirituelles, ces dernières se greffant artificiellement à une technique que l'esprit cherche à justifier *a posteriori*.

Décrire, dans le cadre d'une revue professionnelle, la technique de la contention peut être une façon de manier celle-ci, d'en garder le contrôle. A partir du moment où cette technique est décrite avec rigueur et professionnalisme, la contention de l'enfant devient une technique dont on a la maîtrise, un moyen que l'« on peut prendre en main ». Le fait de codifier l'usage de la contention, d'en décrire les normes, ne redonne cependant pas la main aux soignants. Au contraire car cela écarte d'autant plus la moindre possibilité de *délibération* qui pourrait s'offrir aux soignants.

Nous évoquons ici le terme de *délibération* au regard du concept aristotélicien de la *prudence*. Il s'avère que l'homme prudent ne peut jamais s'en remettre entièrement à des règles ou à des normes extérieures à lui. A l'instant d'agir il demeure le seul à être en mesure de fixer la norme qui guidera son choix, il le fait en conjuguant savoir et expérience selon les circonstances particulières qui se présentent à lui. La question de la prudence dans les soins et *a fortiori* au moment de l'usage de la contrainte ne peut pas se régler par l'intermédiaire de la rédaction d'un protocole. Plus imprudent encore, ce type d'article peut dédouaner les soignants de toutes velléités de délibération en donnant à penser qu'il existe une bonne manière de faire. Pire encore ce type de procédure peut donner l'illusion à celui qui l'écrit et à celui qui le lit et l'applique, qu'ils ont pris les choses en main, qu'ils se sont préoccupés de la question de la contention et qu'ils y apportent une solution acceptable.

Une tentative de prise en main qui semble se concrétiser sous la plume de l'auteur de l'article qui décrit méthodiquement le moyen de contenir l'enfant. Mais cet effort pour prendre ou plutôt reprendre en main la contention n'est-elle pas vaine ? Est-ce encore possible de garder la maîtrise d'une technique qui, en réalité, échappe à notre initiative ?

Il devient légitime de se demander sous l'influence du questionnement heideggérien au sujet de la technique « quelles chances restent alors à la volonté de s'en rendre maître ? »²⁷⁴ Dans quelle mesure la volonté peut-elle encore garder le contrôle sur une technique qui la dépasse?

Mais avant de vouloir se rendre maître de la technique peut-être faut-il déjà mieux la cerner, mieux comprendre ce qu'elle est ? Dans ce cas, il nous faut aller au-delà de l'observation commune. Certes ce que l'on observe de la technique de la contention est exact. La contention est effectivement un moyen pour des fins médicales mais cela ne nous donne pas encore à voir ce qu'elle est véritablement. « [...] ce qui est simplement exact n'est pas encore le vrai »²⁷⁵.

Afin d'approcher le vrai de la technique, Heidegger nous invite à mieux en cerner le caractère instrumental. Selon lui l'approfondissement de cet aspect nécessite se pencher sur la causalité.

De la causalité de la contention à la cause des enfants

Toute chose étant égale par ailleurs, nous pourrions passer la technique du « burrito » décrite dans l'article professionnel à l'épreuve des quatre causes aristotéliennes. Nous pourrions considérer que le tissu du drap, qui sert à enrouler l'enfant, représente la *causa materialis* : la matière à partir de laquelle l'outil de la contention est fabriqué, la forme qu'il est recommandé de donner au drap (le pliage qui donne au drap la forme d'un sandwich mexicain à l'intérieur duquel l'enfant est glissé) peut être considérée comme la *causa formalis*, tandis que la *causa finalis* de la technique du « burrito » détermine l'immobilisation complète de l'enfant en vue de la *causa efficiens*, cause qui produit la forme achevée : le carcan qui enferme l'enfant, l'immobilise et facilite le geste médical. Il est admis que les causes correspondent à ce qui produit un effet, ce qui donne un résultat.

Mais les causes interagissent les unes avec les autres, il y a entre la matière du drap, la forme qui lui est imposée et la finalité du mode de pliage une co-responsabilité dans la transformation effective du drap en carcan efficace.

²⁷⁴ *Ibid.*p.11.

²⁷⁵ *Ibid.*p.11.

Un carcan lui-même responsable de la contrainte physique de l'enfant. Cependant une fois la contention définie en ces termes, il faut aussi reconnaître la responsabilité de celui qui « fabrique » le carcan-*burrito* : le soignant que l'on pourrait considérer analogiquement, toute chose étant égale par ailleurs, comme l'*orfèvre* de la contention. « Les trois modes précités de l' « acte dont on répond » doivent à la réflexion de l'*orfèvre* d'apparaître et d'entrer en jeu dans la production de la coupe ; ils lui doivent aussi la manière dont ils le font. »²⁷⁶

L'acte dont on répond est à envisager sur les conseils d'Heidegger en dehors du mode moral et en tachant d'échapper aux interprétations opérationnelles qui entravent la découverte de l'*instrumentalité* dont la causalité n'est que le dépositaire.

Il s'agit de s'approcher au plus près de l'*instrumentalité* de la technique relevée au travers de la causalité et non d'inverser cette approche. On peut s'apercevoir que l'article dans lequel les causalités de la contention sont décrites, ne livre pourtant rien de l'*instrumentalité* de cette technique. Alors même qu'on y retrouve la combinaison des quatre causes qui fondent cette technique.

Il est exact que la production du carcan devient effective par la conjonction des différentes causes. Le drap seul ne produit pas le carcan, la mise en forme, en l'occurrence le pliage de celui-ci ne produit pas non plus à lui seul, le carcan. La matière, la forme, la finalité et l'efficacité sont solidaires les unes des autres, ce qui leur confère leur unité. L'interaction des quatre causes permet au carcan-*burrito* en tant que moyen technique de contention, d'apparaître au sens heideggérien c'est-à-dire : rendre possible le « faire-venir » à l'intérieur de la « production ». Lorsque la conjugaison des causes devient effective, alors le résultat de celle-ci est présent sous la forme du *burrito* qui retient l'enfant.

C'est ce résultat qui se présente à nous, qui se pro-duit. « Pro-duire (*her-vor-bringen*) a lieu seulement pour autant que quelque chose de caché arrive dans le non caché »²⁷⁷ La technique n'a donc pas pour seule vocation d'être un moyen pour des fins, elle offre par ailleurs une modalité étonnante, celle de faire apparaître un *étant*, qui sans l'intervention de la technique demeurerait caché.

²⁷⁶ *Ibid.* p.15.

²⁷⁷ *Ibid.* p.17.

Mais la technique ne fabrique pas cet étant, elle le laisse seulement arriver dans le non caché, elle le *dévoile*. Car il faut distinguer la fabrication de la *production*. Voilà la surprise à laquelle Heidegger nous conduit au fil de son raisonnement à propos de la technique : la fonction de *dévoilement* de la technique. Il s'agit *pour nous*, d'une surprise métaphysique. (Nous osons ce terme de *métaphysique* bien que nous sachions qu'une telle qualification eut été totalement réfutée par Heidegger.) Métaphysique disions-nous, car à nos yeux Heidegger nous fait comprendre ce qu'*est* la technique au-delà de ce qui se présente de prime abord.

Il est vrai qu'au premier coup d'œil ou plutôt à la première tentative de compréhension, la définition de la technique comme moyen correspondant à l'orchestration des causes pour répondre à des fins, semblait largement suffire à l'intellection de la technique. Pourtant le déploiement de l'analyse heideggérienne sur la question de la technique nous amène à découvrir que celle-ci cache une modalité plus fondamentale : celle du dévoilement, ce qui conduit au mode d'apparition de la vérité.

Le dévoilement qui se produit par l'intermédiaire de la technique s'illustre déjà dans *Ethique à Nicomaque*. Aristote distinguait le mode d'apparition de ce qui est déjà en soi et ce qui ne l'est pas. Il distinguait la *production* de l'*action*. *La production* fait apparaître ce ne se produit pas par soi-même, elle dévoile ce qui est contingent. Il s'agit là de la fonction de l'art.

« Tout art, quel qu'il soit tend à produire ; jamais ses efforts, sa recherche des principes n'ont qu'un but : c'est de faire naître quelque'une de ces choses qui peuvent indifféremment être ou n'être pas; et dont le principe est uniquement dans celui qui produit et non point dans la chose qui est produite. »²⁷⁸

Le soignant qui utilise du matériel d'une certaine façon pour « emballer » l'enfant et l'immobiliser fait naître une chose qui pourrait aussi bien ne pas être.

²⁷⁸ Aristote, *Ethique à Nicomaque* p.242.

Le mode de contention pourrait se produire de cette manière ou d'une autre façon ou ne pas se produire du tout, puisque rien dans cette production ne se rattache à un caractère *nécessaire*. L'art, comme libellé de la *technè*, produit ce qui ne se produit pas soi-même. La production artisanale, celle qui conjugue la connaissance et la matière, qui façonne et fait apparaître ce que la nature de la matière cachait, correspond à ce domaine de dévoilement. Mais celui-ci semble plus éloigné, moins évident lorsqu'il s'agit de technique moderne au sein de laquelle, les mécanismes, la motorisation s'enchevêtrent. La technique moderne médicale, le matériel sophistiqué sont-ils moins révélateur du mode de dévoilement de la technique artisanale?

Nos conclusions au sujet de la technique de la contention sont-elles différentes selon qu'elles portent sur la restriction physique exercée manuellement par le soignant ou sur la technique du *burrito* ou encore sur le matériel moderne de contention que l'on retrouve en radiologie ? Des questions qui en entraînent une autre : Peut-on considérer que la haute technicité moderne de la médecine nous éloigne de l'art hippocratique à un tel point du soin que l'on ne puisse plus y voir de traits communs dans sa production ?

Il nous faut réinscrire cette question dans son contexte plus générale. Nous interrogeons la technique de la contention, qu'elle soit « artisanale » ou plus sophistiquée mais précisons qu'au-delà de cette distinction la technique utilisée pour contraindre l'enfant est ancillaire à la technicité des soins. La contention est une technique qui découle de la bio technologie médicale, elle y prend sa source. La problématique qui s'avance au travers de la question de la contention porte nécessairement sur la technicité des soins.

Celle-ci se matérialise sous d'innombrables formes : gestes invasifs, explorations diagnostics, équipements substitutifs, chirurgie...Un ensemble d'actes, de dispositifs et par conséquent de techniques, qui ont pour matière première le corps de l'homme.

La technique de la contention dévoile un large dispositif technique qui tend à fabriquer de la guérison à partir du corps malade. Toute chose étant égale par ailleurs, il y a ici une sorte d'analogie entre la bio technicité médicale avec la description heideggérienne de la technique moderne.

Cette dernière n'est pas selon Heidegger une *pro-duction* mais une *pro-vocation*, « (*Heraus-fordern*) par laquelle la nature est mise en demeure de livrer une énergie qui puisse comme telle être extraite (*herausgefördert*) et accumulée. »²⁷⁹

La comparaison entre la technique de l'extraction houillère qui *requiert* le sol d'une région avec celle de la médecine moderne peut soulever des objections. Peut-on considérer que le corps malade est mis en demeure de livrer une « matière » qui serait extraite et accumulée par la médecine ? Et si c'est le cas, de quelle manière cela se produit-il ?

Afin de tenter de répondre aux interrogations ou objections, voyons les exemples que propose Heidegger pour marquer la différence entre le simple fait de cultiver (*bestellen*) ce que la nature propose et le fait de *requérir* les éléments de la nature. « Quand il sème le grain, il confie la semence aux forces de croissance et il veille à ce qu'elle prospère. »²⁸⁰ Le cultivateur laisse la terre produire le fruit de son travail sans la contraindre, sans capturer son énergie à d'autres fins. Les ressources naturelles du sol sont désormais exploitées, extraites. Ces nouvelles techniques poussent en avant l'utilisation de la nature qui est *sommée* de livrer son énergie, les ressources du sol sont requises et ce n'est plus le sol qui produit.

Dans le domaine des soins il est convenu de considérer que l'approche hippocratique laisse au corps souffrant l'opportunité de produire de la guérison. Il puise dans ses ressources propres la possibilité de guérir. De même que l'agriculture artisanale laisse à la nature l'initiative de produire une récolte en plus ou moins grande quantité, de même la médecine d'Hippocrate exprime ses limites puisqu'elle se contente principalement des ressources propres du patient.

A défaut de pouvoir compter sur les ressources du malade, qui à elles seules produisent bien souvent insuffisamment la guérison et l'histoire de la médecine en témoigne d'ailleurs par une longue période d'impuissance à guérir, la médecine moderne s'est vue dans l'obligation de dépasser les possibilités intrinsèques du patient en provoquant le corps de celui-ci.

²⁷⁹ Heidegger, *Essais et Conférences*, p.20.

²⁸⁰ *Ibid.*p.21.

Dans le domaine de la médecine scientifique, fondatrice de la bio technologie, le corps du malade est comme réquisitionné. La technique médicale *interpelle* le corps, en tant que siège de la maladie, elle s'en saisit pour transformer l'énergie cachée de la nature. On pourrait considérer que cette énergie est ce qui s'exprime sous la forme de la vitalité de la personne malade, vitalité entendue ici comme ce qui est animé par la vie. Il s'agit bien là d'un mode de dévoilement qui cependant diffère de la production de l'art hippocratique car la médecine scientifique moderne ne se suffit pas de ce que la personne peut produire naturellement.

Rapprochons nous maintenant du thème de la contention qui vise à mettre le corps de l'enfant à disposition des soins, de la technicité médicale. Ne pourrait-on pas remarquer que le corps de l'enfant est en quelque sorte « [...] commis à être sur le champ au lieu voulu, et à s'y trouver d'une telle façon qu'il puisse être commis à une commission ultérieure. »²⁸¹ Cette mise à disposition donne à ce qui est commis, en l'occurrence le corps de l'enfant, une position stable et pour ce qui concerne l'enfant un empêchement concret des mouvements qui provoque l'immobilité donc la stabilité. Cette position stable nous rappelle le « fonds » dont parle Heidegger.

Lorsqu'on regarde la réalisation d'un geste technique réalisé sur un enfant dont le corps est contenu, la contention « [...] ne se dévoile comme fonds que pour autant qu'il est commis à assurer la possibilité [...] » des soins, de même que la technique médicale est commise pour assurer la possibilité de guérir.

Cette démonstration est d'autant plus établie qu'elle s'applique aux soins des enfants qui par nature ne sont pas enclins à prêter leur corps aux soins. L'homme adulte, le soignant doit provoquer le soin, mettre à disposition le corps malade sans cela la guérison ne pourrait se produire naturellement. L'homme est donc placé de manière à ce qu'il occupe une double fonction dans la provocation de la technique médicale. On peut dans ce sens rejoindre l'interrogation heideggérienne qui se demande si

²⁸¹ *Ibid*, p.23.

« [...] l'homme ne fait pas lui-même partie du fonds et d'une manière encore plus originelle que la nature ? La façon dont on parle couramment de matériel humain, de l'effectif des malades d'une clinique, le laisserait penser »²⁸²

La participation de l'homme à sa propre commission le conduit à être à la fois celui qui est mis en demeure, celui dont la stabilité est requise, en l'occurrence l'enfant et celui qui provoque cette mise en demeure. Il y a une fonction à la fois endogène et exogène que dévoile la provocation de la technique. Ce mode de dévoilement rassemble l'homme dans le commettre.

3. Un rassemblement dans le commettre

L'enfant réquisitionné par le soignant technicien

L'exemple de la technique de la contention de l'enfant ancillaire à la technicité médicale moderne témoigne de la mise à disposition de l'homme, ici l'enfant comme « fonds », réquisitionné par l'homme technicien, qui soigne. La réquisition de l'homme par l'homme est ce qui les rassemble dans le commettre de la technique. Le soignant *arête* l'enfant malade, il l'inspecte, lui demande de se rendre à la raison de la technique médicale.

L'arrondissement de l'enfant au cours du soin se vérifie d'autant plus que l'enfant est taxé d'un manque de raison, qu'il est sommé d'être raisonnable, de se rendre à la raison médicale comme nous avons pu le démontrer au début de ce travail.

La notion d'immobilité renforce encore l'idée que l'enfant est *tenu là*, on pourrait même dire : *maintenu là*, mis à la disposition de la technique médicale, commis à être utilisé par la médecine.

Ce qui est troublant c'est que ce soit la subjectivité de l'homme qui se mette au service de sa propre objectivation sans qu'il ne s'aperçoive véritablement de ce qui se produit. Il y a dans l'Arrondissement une sorte de déni de ce qui se produit. L'homme ne voit pas, par le truchement de la technique moderne, ce qu'il est en train de s'infliger à lui-même.

²⁸² *Ibid.*p.24.

Il est comme aveuglé face à son implication dans la commission de la nature, y compris lui-même, comme fonds, trop captivé à se rassembler autour de la tâche à exécuter. Car celui qui regarde une scène de contention forte lors d'un soin, n'est plus seulement placé face à un geste médical qui exige l'immobilité du malade pour fabriquer la guérison, il n'est pas non plus seulement placé face à l'expression anthropologique d'une nécessaire mise en acte, il est placé face à « [...]cette non-occultation, conformément à laquelle le travail de la technique moderne dévoile le réel comme fonds. »²⁸³

La manière dont *la nature* est capturée par la technique moderne dit quelque chose qui va au-delà de ce qu'elle produit. L'Arraisonement décrit par Heidegger fait partie du dévoilement de la technique. Il contribue à dévoiler le réel mais il fait aussi partie de ce réel.

La technique moderne dévoile un processus qui mène un *étant* à la condition d'objet, ce qui représente le véritable danger de la technique moderne contre lequel Heidegger nous met en garde. La contention dévoile à la fois l'enfant qui est réquisitionné et le mode de réquisition qui s'actionne sous l'impulsion de l'homme lui-même. L'arraisonement de l'enfant par la technicité médicale dévoile ce qu'est la contention, ce qu'elle *commet* : la mainmise de la technique sur l'homme comme objet de soins.

De l'arraisonement vers la croisée des chemins

Souvenons-nous néanmoins que l'arraisonement caractérise l'essence de la technique et que cette dernière donne à l'homme la possibilité d'*avancer sur un chemin de dévoilement*, qui peut le conduire vers deux directions.

Soit « [...] poursuivre et faire progresser seulement ce qui a été dévoilé dans le « commettre », ou qu'il se [...] dirige plutôt et davantage, et d'une façon toujours plus originelle, vers l'être du non-caché et sa non-occultation, pour percevoir comme sa propre essence son appartenance au dévoilement : appartenance qui est tenue en main. »²⁸⁴

²⁸³ *Ibid*, p.28.

²⁸⁴ *Ibid*, p.35.

Les possibilités qui s'offrent à l'homme placé au cœur du dispositif de la technique, l'homme qui est ici commis à la fois comme *fonds* et comme technicien, sont de l'ordre d'un cheminement vers le dévoilement.

Mais le propre d'un chemin est d'emmener dans une direction or il s'avère que ce sont deux directions qui s'ouvrent devant celui qui s'avance vers le dévoilement de la technique. En progressant *seulement*, et c'est là une précision importante, vers ce qui se dévoile dans le commettre c'est-à-dire dans ce qu'elle *pro-voque*, l'immobilité de l'enfant par exemple au bénéfice de la technicité médicale, alors l'homme technicien s'avance *seulement* vers la dimension instrumentale de la technique. Bien que conscients de soumettre la nature de l'enfant à l'exigence de la médecine, *sous-mettre* sa nature en la plaçant en deçà d'un dispositif technique, les soignants ne s'aperçoivent peut-être pas qu'ils ferment la porte à l'autre mode de dévoilement.

Celui-là même qui permettrait à l'homme de *s'apercevoir* au sein du dispositif. La possibilité de *se voir* à l'arrière du voile de la technique, c'est-à-dire de prendre conscience de son appartenance au dispositif, donc de son appartenance au dévoilement, ce qui d'une certaine manière lui permettrait de lever le voile sur sa propre *essence*.

Alors regardant sa main qui retient l'enfant, croyant *tenir en main* la technique, alors le soignant pourrait voir que c'est la technique qui le *main-tient*. La non-occultation de notre appartenance au dévoilement nous apprend quelque chose de nous-même, quelque chose de notre *être*. C'est peut être cette découverte qui permettra d'échapper à la menace de l'arrondissement (*Ge-stell*) qui masque le mystère de l'essence de la technique.

Choisissant la direction du dévoilement qui conduit à apprendre notre appartenance au dévoilement et nous approchant ainsi de notre propre mystère alors « [...] le sens du mot *Ge-stell*, (« l'arrondissement ») nous deviendra peut-être un peu plus familier, si nous pensons *Ge-stell* au sens de *Geschick* (destin) et de *Gefahr* (danger). »²⁸⁵ Il s'agit de redonner à l'Arrondissement sa vocation à projeter l'homme d'une manière ou d'une autre dans le dévoilement et d'admettre son implication dans le destin dans lequel il le projette.

²⁸⁵ *Ibid*, p.37.

L'arrondissement de la technique peut tout aussi bien mener l'homme à une forme de disparition, tant sa nature se dissout dans le fonds qui commet, mais elle peut aussi lui dévoiler quelque chose de lui-même, de son essence, donc le faire apparaître. L'analyse de l'Arrondissement, en tant que possibilité de dévoilement est un mode d'ouverture sur la vérité de ce qui est.

Ce qui peut nous sauver est contenu à l'intérieur même du danger. En sortant de la volonté de maîtriser la technique qui nous dépasse alors nous commençons à voir apparaître l'essence de la technique et avec elle, le vrai :

« Si nous considérons enfin que l'esse de l'essence se produit (*sich ereignet*) dans ce qui accorde et qui préservant l'homme, le main-tient dans la part qu'il prend au dévoilement, alors il nous apparaît que l'essence de la technique est ambiguë en un sens élevé. Une telle ambiguïté nous dirige vers le secret de tout dévoilement, c'est-à-dire de la vérité. »²⁸⁶

Ce n'est donc en aucun cas dans une simplicité binaire que la vérité peut apparaître au sein même de l'essence de la technique. La vérité de ce qu'est la technique se dévoile paradoxalement par le fait d'une ambiguïté. C'est parce que l'essence de la technique peut prêter à interprétation qu'elle offre une opportunité d'être dévoilée. Nous voyons dans le commentaire heideggérien une sorte d'invitation au lâcher-prise pour être en mesure de s'avancer vers le secret de tout dévoilement.

C'est au moment où l'on renonce à maîtriser, où l'on accepte sa propre entrée « dans le mouvement furieux du commettre », qui pourtant occulte notre rapport à la vérité qu'il semble qu'on ait la possibilité de persister dans notre rôle de « celui qui est main-tenu à veiller sur l'essence de la vérité »²⁸⁷. Faut-il parler d'un lâcher-prise, d'un renoncement ou d'une acceptation plutôt pour s'avancer ainsi vers le clair-obscur de la vérité de la technique?

Accepter notre engagement destinal (au sens où notre destin d'homme nous conduit à cela) pour renoncer aux faux-semblants qui barrent la route au dévoilement.

²⁸⁶ *Ibid*, p.44.

²⁸⁷ *Ibid*, p. 44-45.

Nous sommes lancés à corps perdus dans les soins qui arraisonnent autant l'enfant que nous même et il nous faut reconnaître notre participation à ce mouvement furieux. Et oui c'est aussi là où a lieu « ce qui *accorde* » en offrant l'opportunité d'un dévoilement.

Mais comment pouvons-nous imaginer persister dans notre rôle de *veilleur* de vérité au cœur même du commettre ? Comment participer au mouvement furieux de la technique des soins tout en veillant ? Peut-on être simultanément dans le mouvement et aux aguets ? Est-il possible de faire, tout en se regardant faire, en quelque sorte ?

Cette question est par trop décalée de la pensée heideggérienne qui n'a pas vocation à apporter des réponses pragmatiques mais à offrir de nouvelles perspectives de pensée. Car poser ainsi la question: « comment faire pour se regarder faire ? » consiste déjà d'une certaine façon à procéder à une forme opératoire du questionnement. Interroger la contention à visée du commettre, c'est-à-dire dans une volonté opérationnelle, conduirait forcément à renoncer à dévoiler l'essence de ce que l'on cherche à comprendre. Cela nous conduirait d'une certaine manière à persister dans la technique en cherchant toujours et encore une *manière de faire* mais en passant à côté de l'essence de *ce faire*.

Or il semble qu'Heidegger nous propose de renoncer à chercher un sens univoque à ce qui se produit au cœur de la technique en nous invitant plutôt à accueillir l'ambiguïté qu'elle recèle.

« Si nous regardons bien l'essence ambiguë de la technique, alors nous apercevons la constellation, le mouvement stellaire du secret. La question de la technique est la question de la constellation dans laquelle le dévoilement et l'occultation, dans laquelle l'être même de la vérité se produisent. »²⁸⁸

Bien regarder l'ambiguïté, voilà la condition pour apercevoir la figure de la vérité secrètement nichée dans un ensemble en mouvement. Dans sa magnifique représentation poétique de l'essence de la technique, Heidegger nous offre une quantité d'éléments pour cerner la complexité de ce qui se produit.

²⁸⁸ *Ibid*, p.45.

Le secret est un ensemble en mouvement. Inutile de fixer un point fixe ou d'imaginer que ce secret se trouve d'un côté ou de l'autre de la lumière de la vérité, pour trouver cette dernière. Justement la vérité de la technique ne se trouve ni d'un côté ni de l'autre mais dans le mouvement des yeux qui balaie une constellation. Un ensemble qui comprend à la fois l'un et l'autre. Il y a à la fois ce qui nous pousse dans le commettre et à la fois ce qui nous main-tient dans notre rôle de veilleur.

La présentation métaphorique heideggérienne de l'essence de la vérité de la technique sous la forme d'une constellation vers laquelle le regard doit se tourner pour atteindre la vérité n'est pas sans rappeler l'allégorie platonicienne de la caverne. Les astres y symbolisent le monde intelligible et c'est en délaissant les ombres qu'on peut les atteindre. Pour le prisonnier de la caverne, délaissant les ombres pour l'intelligible, nécessite une mise en mouvement, il doit se déplacer et remonter de la caverne. Le secret se dévoile dans ce cas grâce à la mise en mouvement de celui qui quitte l'obscurité et tend son regard vers la lumière du monde intelligible. La percée du secret de l'intelligible n'est ni immédiate ni indolore. Le prisonnier ébloui ne voit rien au départ, il lui faut s'acclimater. Pour Heidegger regarder l'image *du mouvement stellaire du secret*, équivaut à regarder le danger et accepter d'y faire face. « Mais quelque chose nous demande de rester en arrêt, surpris dans la lumière croissante de ce qui sauve. »²⁸⁹

Accepter de faire face au danger c'est également accéder à ce qui sauve car l'un est compris dans l'autre. La menace est apparentée à ce qui sauve, tout comme l'homme commet dans la technique autant qu'il est lui-même commis par elle. Le dévoilement du mystère de la technique n'est pas spontané. Il demande à l'homme de faire face au danger, tout comme il est difficile au prisonnier de remonter vers la lumière. Le regard doit à la fois s'arrêter sur le danger et sur ce qui sauve. Mais il doit aussi rester en arrêt à la fois sur ce qu'il cherche à dévoiler : l'essence de la technique et sur ce qu'elle dévoile : l'essence de son être.

²⁸⁹ *Ibid*, p.45.

La formule d'Hölderlin livrée par Heidegger « Là où il y a danger, croit ce qui sauve. »²⁹⁰ pourrait ici se transformer et devenir « Là où croit ce qui sauve, là aussi il y a danger. » Car la médecine moderne est peut-être parfois dangereuse de vouloir sauver.

La quête du dévoilement de ce que cache la contention de l'enfant nous engage donc à la découverte d'une *constellation* en mouvement à laquelle nous participons et à laquelle nous appartenons aussi. Explorer la technicité des soins à laquelle la contention de l'enfant semble aliénée, conduit à suivre du regard les trajectoires simultanées de *l'irrésistibilité du commettre et de la retenue de ce qui sauve*. Or ces trajectoires semblent partir de l'homme pour y revenir. C'est donc l'homme qui est placé au cœur de ce qui se produit. C'est donc à l'homme de se faire face à lui-même. Et c'est peut-être là une des sources d'aveuglement : ce face à face avec soi. Car la lumière croissante de ce qui sauve ne va pas de soi semble-t-il.

²⁹⁰ *Ibid.* p.47. Hölderlin cité par Heidegger dans la *Question de la technique*.

Chapitre XX : Sortir de l'aveuglement

1. De la contemplation des choses d'en haut

« [...] en rapportant la remontée vers le haut et la contemplation des choses d'en haut à l'ascension de l'âme vers le lieu intelligible [...] »²⁹¹

La sortie de la grotte vers la lumière illustre métaphoriquement l'accès à ce qui est réel, à la connaissance, à l'intelligible platonicien, au monde des Idées en opposition à l'illusion des formes sensibles. Cette comparaison amorce un véritable changement de paradigme où le visible est délaissé au profit de l'intelligible. Car si le visible n'est pas fiable il s'agit de se tourner vers ce qui peut l'être, vers l'usage de la raison afin de dépasser la perception offerte de prime abord.

Le regard sur le visible doit se projeter au-delà de ce qui est à première vue sensible, pour tendre vers le Bien. Le Bien étant, ce vers quoi tout homme doit aspirer pour agir de manière sensée. L'abstraction de la réalité tangible, de la perception immédiate passe par la réflexion qui se porte sur la forme de l'objet bien plus que sur l'objet lui-même. Cette démarche demande un effort car *a priori* cette forme « on ne la voit qu'avec peine [...] »²⁹². A force d'efforts l'homme qui se place en condition de percevoir la réalité au-delà de qui apparaît devient en mesure de donner du sens à ses actions. Chaque homme est capable dépasser le visible pour se tourner vers l'intelligible. Considérons que l'intelligible correspond à l'Idée que l'on a de quelque chose et que l'Idée que l'on a du soin alors on peut imaginer que l'œil du soignant pour atteindre cet Idée doit dépasser la vision de l'enfant qui s'agite résiste et à qui on applique la force. L'idée du Bien selon le soignant lui permet de voir plus loin, d'apercevoir la guérison et le salut de l'enfant.

²⁹¹ Platon, *République*, Œuvres complètes, Editions Flammarion, Paris, 2008 et 2011 pour cette édition revue Traduction Livre VII 517b-517c p.1682.

²⁹² Platon, *République*.

D'un éblouissement douloureux

L'œil, en qualité d'instrument de la perception, a besoin pour commencer à se détourner de l'obscurité d'être accompagné par un mouvement général du corps ; c'est alors que le changement d'angle de vue devient possible par un premier mouvement du corps tout entier, sous l'action de la volonté, qui lui-même permet à l'âme de se tourner vers ce qui est le plus lumineux, pour voir au-delà du visible, c'est-à-dire s'approcher au mieux de la vérité. Autrement dit, c'est comme si l'œil initialement simple outil de la perception opérât une mutation sous l'influence de la volonté de l'esprit pour se transformer en contemplation d'un Idéal.

L'élargissement de la pensée, est comme un moyen de se détourner de l'obscurité, de faire valoir l'intelligible. La véritable connaissance naît de la vision de l'idée que nous avons de la chose. La perception de l'idée découle de la réflexion. L'action de réfléchir se définit comme étant la « propriété de renvoyer les rayons ou les vibrations reçues, quelle que soit leur nature (lumineuse, sonore...), au sens figuré la réflexion consiste à : arrêter longuement sa pensée sur quelque chose. »²⁹³ Réfléchir nécessite donc de mettre son action en suspens, et de se mettre en situation de renvoyer, la sensation initialement reçue.

D'un point de vue philosophique la réflexion est une révolution de l'esprit sur lui-même, un retour sur la pensée et sur l'agir. Le visionnage de vidéo montrant un soin qui se passe « mal », renvoie aux soignants qui regardent, l'image de ce qu'ils font peut être. L'utilisation de vidéo est un outil réflexif puissant puisqu'il place le soin à la fois devant le regard et il permet aussi d'une certaine manière de se regarder faire, ce que l'on ne peut pas faire d'ordinaire en pleine action.

²⁹³ *Dictionnaire de la langue philosophique*, presses universitaire de France, 3ème édition, 4ème trimestre 1978, Vendôme, p. 619.

Se regarder faire

Nous avons recueillis la parole des soignants en organisant des réunions sur le thème de la contention de l'enfant lors des soins, dans le cadre de l'enquête exploratoire ancillaire à notre questionnement philosophique. Ces échanges entre soignants permettent un regard réflexif sur les pratiques quotidiennes.²⁹⁴

Les participants questionnés dans un premier temps sur la représentation qu'ils ont de leur rôle et mission auprès de l'enfant sont ensuite invités à visionner la séquence filmée du petit garçon à qui l'on pose la sonde. Le visionnage d'une situation clinique proche de leur quotidien permet une distanciation en donnant aux soignants la possibilité de regarder leur pratique sous un nouvel angle. Lorsque le professionnel fait le soin il ne peut pas à la fois être en situation et se voir faire. Regarder sur un écran une scène de soin donne la possibilité de changer d'angle de vue, donc de percevoir de manière différente la réalité.

Pour revenir à l'allégorie platonicienne, la mise à distance de la réalité grâce à la vidéo est en quelque sorte une manière de se libérer de ce qui nous maintient dans l'obscurité et nous contraint à voir une réalité qui nous apparaissait jusqu'alors biaisée. Un témoignage extrait d'une de ces réunions illustre l'importance de la mise à distance dans la démarche réflexive.

V.

Je pense que voir et faire, c'est probablement différent aussi, je pense que le fait de voir, on se dit « mon Dieu ! Mais qu'est-ce que c'est agressif ! » Je pense que parfois, on est amené à faire, peut-être pas la même chose quand même mais quelque chose qui peut s'en rapprocher et qu'à ce moment-là, on est tellement dans notre soin, et tellement à vouloir réussir, à faire ce qu'on a besoin de faire, qu'on ne perçoit pas le reste ...

Après avoir vu le soin sur la vidéo, la participante perçoit la violence de la scène. Elle se reconnaît en partie dans la situation, ce qui la conduit à réfléchir à ce qui se passe pour elle-même lorsqu'elle est directement concernée.

²⁹⁴ Annexe 1.

Cela l'amène à analyser ce qui se passe en elle pendant ce type de situation. Elle décrit la focalisation de l'attention, accaparée par le souci de la réussite technique du soin qui l'empêche de percevoir le reste. Cette soignante décrit parfaitement le processus de sélection dans les sensations qui nous assaillent et dont l'acteur principal n'est autre que nous même.

Ce constat peut servir de prémisse à la réflexion. L'opinion que nous portons sur la situation de l'enfant tenu de force pour réaliser le soin varie en fonction de l'acteur ou de l'observateur. Il s'agit de réaliser un pas de côté, de décaler sa position d'observation pour changer le point de vue voire même pour changer *son* point de vue. Car vision et opinion se confondent et c'est aussi ce qui risque de nous induire en erreur.

2. Du point de vue à l'opinion

De même que le point de vue que l'on a d'un événement change selon le lieu d'où on l'observe, de même l'opinion que l'on se fait de cet événement varie en fonction du rôle joué dans l'action. Il est différent d'être spectateur d'une scène ou d'en être acteur. Le soignant décide et organise le soin tandis que l'enfant le subit, ce qui les place dans une posture très différente. Plus précisément l'enfant est allongé alors que les adultes sont debout.

L'influence du *point de vue* est à nouveau confirmée par cette dissymétrie spatiale. Comment échapper à la divergence de point de vue quand la différence de position conduit à ne pas voir les choses de la même manière ? Comment le monde intérieur de différentes personnes peut-il se rencontrer, un tant soit peu si le monde extérieur apparaît à chacun sous un jour radicalement différent ? Comment conjuguer les points de vue alors que les regards divergent ?

Ce questionnement nous invite à un retour à la philosophie leibnizienne. La *monadologie* leibnizienne peut venir au secours de nos cogitations en offrant une nouvelle perspective de pensée. Renonçant à morceler les parties d'un tout, nous sommes conviés à imaginer ce que la conception monadologique de Leibniz peut apporter à notre représentation du problème.

« La *Monade*, dont nous parlerons ici, n'est autre chose qu'une substance simple, qui entre dans les composés ; simple, c'est-à-dire sans partie. »²⁹⁵ La *Monade* est par définition indivisible, elle est un tout singulier à partir duquel la multiplicité est rendue possible. Prenons un peu de hauteur et imaginons qu'à l'origine les différents éléments mis en tension dans notre problématique : l'enfant, les soignants, il n'y ait que des *Monades*. (Par souci de simplicité nous resterons sur l'idée de Monade bien que Leibniz appelle *Âmes* § 19, *les substances dont la perception est plus distincte et accompagnée de mémoire*.) Chacune d'entre elle est simple mais se différencie de l'autre par ses qualités, ce qui permet de les distinguer.

Distinguons ici les qualités propres à chacune des choses sur lesquelles nous portons notre attention. Nous retrouvons des qualités spécifiques à l'enfant, à chaque personne qui appartient au groupe, à chaque élément constitutif de la technique.

Mais selon Leibniz il est permis de trouver à la source de chaque élément, une Monade, qui en soi, est simple, sans partie et qui entre dans les composés de ce que nous nommons au final enfant ou groupe de soignants. Leibniz insiste sur le caractère inaltérable de la Monade, ce qui lui offre une stabilité immanente. L'unité permanente de la Monade, est elle-même constitutive de la multitude. La perception est ce qui fait apparaître la multitude dans l'unité. « L'état passager qui enveloppe et représente une multitude dans l'unité, ou dans une substance simple, n'est autre chose que ce qu'on appelle la *Perception*, qu'on doit bien distinguer de l'aperception ou de la conscience, [...] »²⁹⁶ Considérer la constance de la Monade engage une idée de fiabilité fondamentale de ce sur quoi repose notre perception. Une stabilité de la Monade rassurante car le *composé* comme *amas des substances simples* §4 ne craint ni la dissolution ni l'altération. § 7« Les Monades n'ont point de fenêtres par lesquelles quelque chose y puisse entrer ou sortir. »²⁹⁷

Il existe donc une forme de constance au sein de situations fluctuantes, une permanence qui dépasse les différences de point de vue puisque chacun d'entre eux s'inspire du point de vue (divin) qui les réunit dans une unité.

²⁹⁵ Leibniz, Gottfried Wilhelm, *Discours de métaphysique, suivi de Monadologie et Autres textes*, Paris, Gallimard, 2004, p.219.

²⁹⁶ *Ibid.*p.222.

²⁹⁷ *Ibid.*p.220.

Le soignant est acteur de la situation, l'enfant en est le spectateur. Néanmoins l'enfant n'est pas en mesure d'intégrer le point de vue du soignant car il ne dispose ni de la cognition ni du statut ni même la posture du soignant. Mais le soignant est-il capable de son côté de changer de point de vue, de changer d'opinion ? Comme on a pu le voir un peu plus tôt la formation des soignants les prépare à agir, à faire des soins et exécuter les prescriptions.

Réaliser les actes techniques demande un engagement qui sera le gage de la réussite. L'implication, de celui qui réalise le soin est forte, et laisse peu de place, au cœur de l'action, à d'autres considérations.

Par ailleurs, plus le protagoniste est impliqué dans la situation, plus sa perception de l'événement semble se troubler, devenir floue. C'est comme si le regard rivé sur un détail, ne parvenait plus à élargir son champ visuel, tandis qu'à l'inverse, observés à distance les détails inaperçus de la scène apparaissent.

Lorsque les images de contention lors d'un soin sont projetées à des soignants de pédiatrie, eux-mêmes confrontés au quotidien à ces situations, les commentaires fluctuent entre indignation, justification et rationalisation des gestes. Cependant les images d'une contention forte d'un enfant provoquent un malaise général.²⁹⁸

Les soignants qui regardent la scène sont convertis en spectateurs, ils ne sont plus acteurs de la situation. L'observation de la scène sur une vidéo modifie le point de vue des soignants vis-à-vis de la contention, ou du moins leur permet de regarder la scène sous un angle différent, avec du recul. Les certitudes vacillent.

Du paradoxe de l'opinion qui conduit à une nouvelle vérité

Une étrange conversion se produit entre ce qui était tenu pour certain, ce qui provient de la science et l'opinion, qui implique une absence de certitude. Le passage de la position d'acteur à celle de spectateur permet une transition entre la certitude et l'opinion.

²⁹⁸ Confère résultats de l'étude qualitative en annexe 1.

La certitude est ici attachée à un savoir collectif tandis que l'opinion est reliée à une croyance certes collective mais qui autorise le doute individuel car il est convenu qu'une opinion s'appuie sur des éléments discutables.

La certitude des soignants est associée ici au savoir médical. La science incarnée par la médecine fournit aux soignants des éléments tangibles, indiscutables, sur lesquels ils fondent leur jugement. Or ces certitudes semblent avoir des délimitations poreuses. La certitude médicale ne se cantonne pas toujours à la connaissance scientifique *stricto sensu*. Elle s'étend parfois à l'exercice de la médecine, à sa *praxis*.

On constate que les soins appartiennent au domaine de la science médicale, qu'ils en sont l'appendice. L'appartenance des soins à la discipline médicale conduit à étendre les certitudes scientifiques, aux pratiques qui s'y rapportent.

Cette extension amène à confondre ce qui est de l'ordre des évidences scientifiques irréfutables et ce qui est de l'ordre de l'opinion donc du discutables. Lorsqu'un soignant maintient un enfant de force pour réaliser le soin, il a le plus souvent la conviction de faire bien, il croit répondre à une exigence de la médecine. Il se comporte comme s'il était face à une *évidence* dictée par la science médicale, or une *évidence*, se rapporte à ce qui est prouvé, donc à un sujet qui ne se prête pas à discussion. Seules les vérités scientifiques sont indiscutables. « Une argumentation n'est jamais capable de procurer l'évidence, et il n'est pas question d'argumenter contre ce qui est évident. [...] l'argumentation ne peut intervenir que si l'évidence est contestée. »²⁹⁹

En observant le changement d'état d'esprit qui se produit *a posteriori* chez les soignants qui visionnent la situation clinique, il est possible de supposer qu'ils remettent en question une forme de certitude qu'ils croyaient édictée par la science pour tendre vers une opinion différente.

²⁹⁹ Perelman, Chaïm, *L'empire rhétorique. Rhétorique et argumentation*, Paris, Librairie Philosophique Vrin, 2000, p. 23.

Une opinion salutaire

On pourrait considérer qu'il se produit une bascule entre ce que les soignants considéraient être de l'ordre de l'*épistèmê*³⁰⁰, c'est-à-dire du savoir, pour rejoindre le domaine de la *doxa*³⁰¹, de l'opinion.

En l'occurrence cette bascule permet une remise en question des évidences, et amorce une réflexion. Dans le cas de l'exécution des soins, bien que ce thème soit lié à une matière scientifique médicale, celui-ci ne correspond pas au champ de l'*épistèmê* mais à celui de la *doxa*. Il devient alors possible de discuter, de réfuter des arguments, de s'opposer à certain point de vue.

La manière de réaliser le soin et l'usage de la contention, prête à discussion, ce qui enclenche une réflexion. Paradoxalement le passage de la contention dans la catégorie de l'opinion permet d'interpeler ce phénomène ce qui semblait inenvisageable lorsque ce sujet était perçu comme un attribut d'un savoir indiscutable.

En devenant un sujet de débat, un thème pour lequel c'est l'opinion qui s'exprime et non un objet de connaissance rationnelle intuitive, la contention accède à un statut qui permet paradoxalement de questionner sa vérité.

Il s'agit d'un paradoxe car d'un point de vue platonicien la vérité est rangée du côté de la science de l'*épistèmê*, du monde intelligible tandis que l'opinion : la *doxa* qui appartient au monde sensible, donc potentiellement trompeur, comme le démontre Platon dans le mythe de la caverne.

On pourrait considérer que le thème de la contention a franchi la ligne de partage tracée entre savoir et opinion, entre conviction et certitude entre discutabile et indiscutable. Or le franchissement de la borne pour ce thème en particulier semble avoir dépolarisé la notion de vérité.

³⁰⁰ *Epistèmê* : le savoir, la science

³⁰¹ *Doxa* : l'opinion

L'analogie platonicienne de la ligne nous inspire cette réflexion. En préambule du mythe de la caverne, Socrate propose d'imaginer « une ligne coupée en deux segments d'inégale longueur ; coupe de nouveau, suivant la même proportion que la ligne chacun des deux segments-celui du genre visible et celui du monde intelligible-...]. Accepterais-tu de dire, repris je, que la division a été effectuée sous le rapport de la vérité et de la non vérité, de telle sorte que l'opposable est au connaissable ce que l'objet ressemblant est à ce à quoi il ressemble. »³⁰²

Ce qui se trouve du côté du monde intelligible est associé à la vérité, or celle-ci appartient à ce que l'on peut connaître. Le paradoxe de la contention, assimilée à la science médicale est initialement associée à la vérité et ne fait pas débat. Or c'est justement le fait d'en débattre, le passage de l'autre côté de la ligne, du côté de l'*opposable* qui va permettre de rétablir la vérité ou du moins de l'approcher.

Dans cette situation, la sortie de la contention du domaine de l'*évidence*, au sens de ce qui résulte d'un savoir scientifique offre l'opportunité de mieux connaître ce phénomène. Tant que le sujet de la contention de l'enfant s'amalgame à un ordonnancement scientifique, le sujet ne prête pas à discussion. La *pseudo* affiliation de cette problématique au domaine de la science est trompeuse, elle empêche de considérer la réalité de celle-ci. Aussi longtemps que le sujet de la contention reste dans le domaine des certitudes, le problème demeure un *non-sujet*. Personne n'aborde la question, car celle-ci ne se pose pas. Le seul fait d'aborder la problématique de la contention, fait sortir ce sujet de l'ombre et amorce déjà un changement.

3. De l'opinion à la chose en soi

Le moyen d'approcher la vérité à propos de la pratique de la contention passe par l'abandon des préjugés et par le retour à la chose en soi. Platon invite à dépasser les apparences pour connaître l'essence des choses. La multitude de réalités nous éloigne de la réalité. Il s'agit d'aller au cœur de la chose pour en déterminer l'élément essentiel.

³⁰² Platon, *République*, 510b, p.1677.

L'essence d'une chose se caractérise par l'absence d'altération de la chose en soi. Il s'agit de rechercher la forme de la chose, c'est-à-dire l'Idée de celle-ci.

Qu'est-ce que la contention en soi ?

Mais quelle est la réalité intelligible de la contention ? Appartient-elle au soin ? En est-elle seulement l'une de ces facettes ? Faut-il considérer la contention comme un attribut du soin ? Est-elle accidentelle ? Comment déterminer dans ce cas exactement l'essence de la contention, puisque ce terme peut évoquer différentes choses ? En effet, il existe une multitude de *contention(s)*, et le sens de celle-ci peut s'altérer ou recouvrir des situations très variables. Le polymorphisme de la contention complique la qualification univoque de cette chose.

Or la multitude de formes d'une même chose en corrompt implicitement la nature. Si la chose peut correspondre à plusieurs réalités alors l'essence de celle-ci ne peut s'établir de manière formelle. Selon Platon, seule la réalité intelligible de la chose est inaltérable.

« Et pour les multiples choses qui sont belles, hommes, chevaux, vêtements par exemple, ou pour n'importe quelle chose du même genre pouvant être dites égales, ou belle, bref, pour toutes celles qui sont désignées par le même nom que les êtres dont je parle ? Est-ce qu'elles restent les mêmes ? Ou bien, tout au contraire de ces êtres, ne sont-elles pas pour ainsi dire jamais et en aucune façon les mêmes et pas d'avantage vis-à-vis d'elles-mêmes que dans les rapports qui les relient les unes aux autres ? »³⁰³

Rencontrer la chose en soi dans une multitude de choses désignées par le même terme semble être une démarche délicate. Nous sommes placés face à la même perplexité lorsque nous parlons de la contention dont les facettes sont nombreuses. L'expérience de la pédiatrie livre chaque jour des exemples variés de pratiques. Certains nomment la contention de l'enfant : maintien, d'autres parlent de restriction du mouvement ou d'immobilisation nécessaire.

³⁰³ Platon, *Phédon*, Œuvres complètes, Editions Flammarion, Paris, 2008 et 2011 pour cette édition revue 78e-79a, p.1197.

Différents termes qui n'évoquent pas non plus la même chose pour les uns et les autres. Certains y voient de la force, de la violence d'autres assimilent cet acte à la sécurité et à la nécessité. La traduction de la réalité sensible varie en fonction de chacun, selon ce que la personne perçoit et aussi de ce qu'elle en déduit. La concordance des informations sensibles et de l'opinion aboutit à des divergences qui empêchent de statuer précisément sur la chose en soi.

Pour connaître l'essence d'une chose, Platon subordonne le monde sensible à celui des Idées. Il s'agit de dépasser les impressions empiriques. La perception sensible est potentiellement corrompue, comme c'est le cas pour les prisonniers de la caverne qui confondent les ombres avec de véritables hommes. Dans ce cas ils se méprennent sur l'essence de la chose.

Or si l'on reprend l'ordonnement platonicien pour analyser la contention comme chose en soi et qu'il est admis que la perception de la contention provient du monde sensible alors la réalité de la contention ne peut véritablement s'établir. De même que de multiples choses qui sont belles peuvent être désignées du même nom, de même de multiples pratiques de soin peuvent être désignées sous le nom de contention.

Admettons que dans le monde sensible la contention puisse être considérée comme une des formes du soin. L'expression de cette forme du soin ne trouve de réalité dans le monde intelligible que sous la forme de l'Idée du soin. N'y aurait-il pas chez les soignants une tendance à subordonner l'Idée du soin à son expression sensible à sa déclinaison pratique ?

De la nature véritable de l'Idée à contempler

Les soignants qui soignent l'enfant poursuivent un but, leur conduite est dictée par une conception, Platon dirait par l'Idée du soin.

La forme de l'Idée du soin pour être intelligible doit rester stable, elle ne peut pas se permettre de fluctuer selon les situations ou les difficultés. Le Soin dépasse les accidents qui surgissent au cours des soins : refus, agitation, complications techniques... La forme du Soin ne peut varier, elle doit rester identique à elle-même.

La chose en soi, en l'occurrence le Soins en soi, doit correspondre au principe d'invariabilité.

« [...] la forme intelligible, qui reste la même, qui est inengendrée et indestructible, qui ne reçoit pas autre chose venant d'ailleurs en elle-même et qui elle-même n'entre en aucune autre chose où que ce soit, qui est invisible et ne peut être perçue par un autre sens, voilà ce qui est attribué comme objet de contemplation à l'intellection. »³⁰⁴

L'expression sensible du soins, les aspects pratiques troublent la forme intelligible du Soins. Cette dernière doit rester ce qui guide l'action des soignants et leur permettre de poursuivre malgré le trouble qui surgit de la réalité sensible. Cette hypothèse est discutable tant sur le fond que sur la forme.

D'une part la discussion pourrait porter sur le véritable objet de contemplation auquel obéissent les soignants. S'agit-il de l'Idée du Soins qui se dessine en arrière-plan des actes médicaux ou plutôt l'Idée du Salut au sens de la vie de l'enfant comme l'Idée qui subordonne les considérations pratiques ? Ce débat reste à ouvrir car il apportera sans doute des perspectives nouvelles de compréhension.

Par ailleurs l'hypothèse d'un Idéal qui sous-tendrait l'action des soignants peut elle-même faire l'objet de discussion. Il n'est pas certain que cette cause soit généralisable. Il est probable que cette proposition ne permette pas de comprendre dans sa globalité le phénomène de la contention, cependant il en fournit un éclairage qui étaye la progression de la pensée autour de ce sujet. Car le risque de se tromper n'est jamais loin. La méfiance vis-à-vis de la certitude est un enseignement socratique qu'il s'agit d'appliquer en tous points.

Revenons d'ailleurs aux certitudes quant au sujet de la contention qui semblent à l'origine de confusion et d'erreur. La méprise entre le but des soins et leur définition est peut-être une des causes qui expliquent le glissement du soins vers l'usage de la force.

³⁰⁴ Platon, *Timée*, 52a-52b, p.2010.

4. A partir d'une erreur épistémologique

Mais si justement l'Idée de la chose est erronée, s'il y a initialement une méprise sur l'essence de la chose alors la défiance à l'égard de la réalité sensible au profit de l'intelligible peut desservir la recherche de la vérité. Dans la mesure où l'on se trompe sur la l'Idée de la chose et que cette certitude empêche d'interroger la réalité sensible alors l'erreur ne peut être corrigée, au contraire elle perdure.

Lorsque la contention est assimilée à l'*épistémê*, elle correspond à une forme intelligible du soin, attribut de la science médicale, alors cela nous place devant une erreur épistémologique. En effet la connaissance de la réalité de la contention est troublée par ce truchement épistémologique. La compréhension de la réalité est ainsi engagée dans une mauvaise direction. La certitude scientifique *contamine* l'exercice pratique de la médecine le confondant avec de la connaissance intelligible. La contention est alors classée comme objet de la science alors qu'en réalité, elle appartient au registre de la pratique.

Dans le cas de la contention lors d'un soin, cela pourrait conduire à disqualifier la réalité sensible, au profit de l'idée du soin. Le primat n'est pas donné à ce qui est perçu mais à la forme intelligible, au Soin comme Idéal qui fonde le phénomène.

Lorsque nous observons *le soin* où le petit garçon est maintenu de force, nous pouvons douter de ce que nous percevons. Est-ce que ce que nous observons est un soin ou est-ce un usage illégitime de la force confondu avec un soin légitime ?

De même que la contention en qualité d'attribut du soin, lui-même attribut de la science appartient au domaine des évidences, de même l'Idée du soin subordonne sa réalisation. Tout comme le domaine de l'évidence n'est pas l'objet de remise en question, l'idéal ne souffre pas le doute.

Or la réalité de la contention camouflée par l'Idéal du soin et l'autorité de la science, reste à dévoiler car il existe à une erreur d'attribution épistémologique. Le risque de se tromper en fondant la connaissance de la contention sur une certitude qui s'avère inexacte ou inappropriée, invite à la circonspection. Il s'agit d'opérer un retour sur soi, afin d'interroger son agir c'est-à-dire de savoir faire preuve de réflexivité.

Du rôle de la réflexivité pour (re) connaître la contention

Il nous importe de cerner le rôle de la réflexivité. Nous entendons la réflexivité au sens relatif au retour sur soi. En effet nous faisons l'hypothèse que le retour à soi de celui qui raisonne joue un rôle important dans la construction de la connaissance qui participe à la problématique de la contention. La réflexivité est en quelque sorte une réflexion à propos de la réflexion qui se produit à l'encontre d'un objet. Cette réflexion intervient dans la construction de la connaissance dans la mesure où l'on a conscience de soi. *J'interroge ce sur quoi je réfléchis car j'ai conscience de ma propre pensée.* L'étude de l'épistémologie interroge nécessairement la part de la conscience de soi dans la construction de la connaissance.

Ce thème de la construction épistémologique ne porte pas exactement l'objet de notre travail et ne nous ne développerons pas ces aspects. Mais précisons simplement que la notion de réflexivité aborde d'une part l'idée de la conscience que l'on a de soi et d'autre part la faculté de distinguer le vrai du faux. Revenons très rapidement sur quelques aspects conceptuels pour tenter d'éluder cette question.

Descartes fonde l'épistémologie à partir du *cogito* mettant ainsi l'homme au centre du processus avant la théorie kantienne qui établira la raison *a priori* comme fondement de la connaissance. Le seul élément sur lequel la connaissance peut se fonder selon Kant est l'entendement universel. La raison humaine est ce à partir de quoi, tout objet de certitude doit se construire. Pourquoi la conception kantienne de l'expression de la conscience de soi a-t-elle de l'importance pour nous, au regard de la problématique de la contention ?

Si l'unité transcendantale de la conscience de soi existe en chacun de nous, enfant comme adulte, et si celle-ci désigne la possibilité de la connaissance *a priori*, alors cela implique deux choses importantes pour nous.

D'une part la possibilité *a priori* de connaître est équivalente entre l'enfant et l'adulte, et d'autre part cela suppose que le soignant règle *a priori* sa connaissance de la même façon que l'enfant. C'est-à-dire qu'ils règlent tous deux leur connaissance au titre de *l'unité transcendantale de la conscience de soi*. Par définition la conscience de soi est réflexive. Il convient alors de considérer qu'il y a de la réflexivité dans la faculté de connaître quel que soit le degré de cognition ou de raisonnement de chacun. On pourrait dire aussi que le retour de la conscience sur elle-même est ce qui permet au doute de survenir. La critique ou le doute vis-à-vis de la première impression instruisent le questionnement. Nous pouvons donc considérer que l'effet miroir de la réflexivité permet d'apercevoir une réalité qui pourrait demeurer cachée sans ce rebond réflexif. Mais ce rebond de la pensée est-il équivalent chez l'enfant et chez l'adulte ? Ne peut-on pas imaginer qu'il existe des degrés d'accessibilité à sa propre conscience qui laisse plus ou moins de place pour ce que nous appelons un rebond réflexif ou au doute ?

L'élaboration cognitive est-elle le gage de ce rebond salutaire pour (re) connaître ce qui apparaît à l'esprit ? On peut imaginer que ce n'est pas forcément le cas. Le retour à soi de la connaissance semble presque pouvoir être handicapé par une connaissance déjà par trop élaborée. Sorte de certitude qui viendrait faire barrage à l'accès réflexif de la pensée. Un accès qui semble à l'inverse, plus direct dans l'esprit de l'enfant, lequel n'a pas encore eu trop l'occasion de construire sa connaissance. Enfant et soignant disposent d'une raison *a priori* qui implique une faculté réflexive plus ou moins à l'œuvre. Mais en quoi ce constat nous permet-il d'avancer notablement dans notre propre réflexion ? Nous savions déjà que l'enfant et l'adulte ne raisonnent pas de manière identique. Quelle nouveauté ce raisonnement nous offre-t-il ?

Outre le fait que ce développement mette en avant les forces et les faiblesses des uns et des autres, et bien nous percevons la propre faille de notre raisonnement. En effet le sujet de la réflexivité nous conduit, nous même au doute. Avons-nous fait réellement preuve de capacité réflexive ?

Un retour sur la connaissance déjà construite du sujet qui permette de la déconstruire. L'effet du rebond réflexif de notre connaissance du sujet a-t-il eu l'occasion de se produire en nous-même ? Ne sommes-nous pas à notre manière en train d'élaborer le phénomène à partir d'un point de vue *satellite*, tel un spectateur qui ne prendrait pas part au phénomène ? Appuyons nous sur la conception épistémologique kantienne pour développer notre pensée à ce propos.

De la révolution du centre d'intérêt

Le *cogito* kantien, en plaçant la raison humaine au centre de la possibilité de connaître, ouvre des nouvelles perspectives. La réalité extérieure n'est plus au centre de l'étude c'est le *spectateur* qui est au centre de la connaissance. Si l'on transpose cela à ce que nous appelions plus tôt la chorégraphie délétère qui s'organise au cœur de la contention alors on pourrait imaginer sur le modèle du *cogito* kantien, que c'est au soignant à s'interroger sur ce qu'il est en mesure de comprendre et de connaître de cette situation.

L'inversion de perspective dans la compréhension du sujet de la contention de l'enfant est un modèle d'exploration particulièrement intéressant. Le spectateur doit être placé au centre de l'étude de la contention et non l'inverse.

« Pour ce qui regarde les objets en tant qu'ils sont simplement conçus par la raison – et cela, il est vrai, nécessairement – mais sans pouvoir (du moins tels que la raison les conçoit) être donnés dans l'expérience –, toutes les tentatives de les penser (car il faut pourtant qu'on puisse les penser) doivent, par conséquent, fournir une excellente pierre de touche de ce que nous regardons comme un changement de méthode dans la façon de penser, c'est que nous ne connaissons *a priori* des choses que ce que nous y mettons nous-mêmes. »³⁰⁵

La pierre de touche du changement de méthode pour connaître la contention réside dans le fait de reconnaître que la contention est *ce que chacun y met lui-même*. Une réalité fluctuante donc selon le point de vue à partir duquel on la juge.

³⁰⁵ Kant, *Critique de la raison pure*, p.19.

Nous avons pressenti cette nécessité en étudiant la contention d'un point de vue phénoménologique, en interrogeant les actes des uns et des autres au cœur du phénomène de la contention. L'interrogation s'est ensuite écartée de la contention en soi, pour s'intéresser directement à ceux qui vivent l'action : l'enfant, le soignant.

Que perçoivent-ils ? Quelles sont les informations sensibles qu'ils reçoivent, les uns et les autres ? Il s'agit de se pencher sur ce que l'on peut connaître.

Comment comprennent-ils spontanément les sensations qui les percutent au moment de l'expérience de la contention ? Toute tentative pour penser l'objet qui n'est pas donné de prime abord dans l'expérience et qui se conçoit par la raison doit donc nécessairement passer *au scanner* de l'intersubjectivité.

Notre enquête porte sur le sujet en renonçant à régler notre connaissance sur l'objet, en laissant celui-ci se régler sur ce que nous connaissons. Au lieu de vouloir expliquer la contention en tant que mouvement satellite des soignants et de l'enfant soigné, il est préférable de chercher en quoi, ils (enfant et soignants) amorcent ou initient le mouvement de la contention. *C'est que nous ne connaissons a priori des choses que ce que nous y mettons nous-mêmes.* La contention est alors excentrée de la problématique pour s'ouvrir sur une perspective réflexive.

Du paradoxe ironique de devoir ouvrir les yeux sur notre cécité

Arrivé à ce stade de notre questionnement, nous sommes surpris par l'apparition d'une sorte de paradoxe ironique. En effet, en cherchant à comprendre un phénomène qui consiste à arrêter les mouvements de l'enfant afin de livrer celui-ci à la technique médicale, nous découvrons que le soignant est lui-même commis par la technique. Le professionnel est lui-même arraisonné par celle-ci, c'est-à-dire lui-même « coincé », dans l'incapacité d'effectuer un autre mouvement que celui que lui impose l'injonction de la biotechnologie. Nous voilà face à une problématique de l'immobilité, et de l'entrave. Une problématique d'arraisonnement qui bride les mouvements ; tant ceux des enfants que ceux des soignants.

Une problématique où l'on découvre, que même le mouvement du regard est bridé, bâillonné si l'on ose dire, pour faire taire l'empathie. Une cécité transitoire semble nous aveugler tandis que nous cherchons à arrêter les mouvements de l'enfant, contraints que nous sommes d'exécuter le geste technique. Or tout au long de notre travail c'est la nécessité du regard réflexif (d'un regard sur nous-même en quelque sorte) qui est apparue comme perspective de compréhension d'un moment où nous sommes aveugles.

Nous comprenons que nous voulions capturer (bien qu'on s'en défende), pour ainsi dire : objectiver le phénomène de la contention, en nous plaçant à l'extérieur de celui-ci alors que nous en occupons le cœur, alors que la subjectivité semble être la seule issue pour saisir ce phénomène.

Nous sommes invités, d'une certaine manière, à une révolution de la pensée, pour en connaître les objets, et c'est le cas également pour notre objet d'étude : la contention. Un objet changeant selon les sensations et les opinions que l'on peut en avoir, que l'on peut s'en faire, variable selon les subjectivités.

Et voilà bien notre erreur : avoir pensé, d'une certaine manière, au grès de notre étude, que la contention était un objet de connaissance, l'objet d'un savoir que nous pourrions stabiliser. Certes, nous observions les contingences de ce phénomène, mais le fait même de faire de la contention forte un objet d'étude, avait d'une certaine manière vocation à en faire un objet de savoir. Alors, force est de constater que nous sommes, en quelque sorte, nous-mêmes arraisonnés par la technique de la thèse. Accaparés que nous sommes par la volonté d'arrêter par l'entendement, le mouvement de la contention. Or selon la thèse d'Aristote il y a une incompatibilité du savoir et du mouvement. Une évidence qui nous saute aux yeux à la lecture dans ces premières lignes de l'ouvrage de Pierre Aubenque : *La prudence chez Aristote*. Seuls les objets immuables peuvent faire l'objet du savoir. Les objets en mouvement, c'est-à-dire contingents échappent au savoir et dépendent du domaine du *faire*.

De la clôture de la cinquième partie du travail

Nous constatons tout au long de cette partie du travail à quel point le *faire* des soins est étroitement lié à la technique. Difficile désormais de s'émanciper des dispositifs technologiques pour prodiguer des soins. Les prouesses de la biotechnologie médicale inspirent respect et admiration. Il est désormais possible de sauver des enfants naguère condamnés. Un pouvoir qui appelle l'obéissance. En effet, la technique est aussi puissante qu'exigeante. Elle soumet les professionnels à ses règles et à ses contraintes.

La déférence à l'égard de la technique s'intègre à une forme de hiérarchisations des devoirs. Elle s'ajoute d'une certaine manière aux autres contraintes. Des obligations qui pèsent à plus d'un titre sur les soignants. Obligations vis-à-vis de l'enfant, des parents, des pairs, des collègues, de l'équipe, des prescripteurs et des prescriptions. Un devoir d'exécuter ce qui est prescrit qui enjoint à *faire*. L'injonction d'exécution du geste, d'application de la prescription, d'administration des thérapeutiques réquisitionne le soignant, l'aliène d'une certaine manière à la technique. La hiérarchisation s'impose à lui, plaçant en priorité l'exécution du geste. Un ordonnancement justifié par l'intérêt de l'enfant, pour son Bien, donc d'autant plus difficile à remettre en cause.

Une spirale de contraintes qui entraîne le soignant dans un dispositif technique qu'il croit contrôler mais auquel en définitive il est arraisonné. Lui, qui pense utiliser la technique, se berce d'illusions et voit d'autant moins qu'il n'en est pas (le) maître mais le serviteur.

Les contours entre l'instinct de l'*homo faber* bergsonien et l'habitude se brouillent et rendent difficiles à cerner les indices qui témoignent de l'irréversible aspiration de l'homme qui fabrique de la technique, par la technique elle-même. Le soignant qui use de la contention manuelle ou matérielle pour maîtriser le mouvement de l'enfant afin de le livrer au geste est lui aussi commis par la technique. Il fait lui aussi partie d'un dispositif au service de la technique. S'il lui était permis de se voir faire, il pourrait sans doute prévenir ou limiter l'aspiration de la spirale dans laquelle la technique l'entraîne.

Mais associée à la science, la technique se défend. Elle connaît son pouvoir : celui de changer (potentiellement) le destin, celui d'offrir le salut. Cette performance a un prix. Il nous faut payer et accepter d'être aveugle, tel Tirésias. Il s'agit justement d'échapper à cette cécité, de sortir de la pénombre en initiant un mouvement libérateur de la pensée. Un mouvement qui brise les chaînes de la conviction. Une évasion qui permet de sortir de certitudes figées.

Il s'agit maintenant de trouver une réponse à la contention qui ne fige pas ce phénomène, afin le comprendre tout en évitant qu'il ne nous échappe. La contention apparaît donc comme une contingence, un phénomène en mouvement à laquelle la connaissance seule ne peut répondre.

Ce phénomène contingent ne correspond donc ni au domaine de la science ni de l'art, mais à un domaine qui en appelle aux dispositions pratiques de celui qui est impliqué dans la contention.

La piste qui s'ouvre à nous désormais est celle de la prudence, une prudence toute aristotélicienne qui unit à la fois « [...] la capacité à avoir une vue d'ensemble et le sens du particulier. »³⁰⁶

³⁰⁶ Aubenque, Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2009, p.60.

Dernière partie De la prudence dans les soins



Tableau 6

L. Lagrenée,
La Magistrature représentée par la Justice que l'Innocence désarme ;
la Prudence l'en félicite,
L. Lagrenée 1766, n° 24 du Livret, cat. Sandoz n° 163,
The Art Museum, Princeton.

Chapitre XXII Répondre au contingent par une disposition pratique

La dialectique du mouvement et du savoir apparaît ici, en de nombreuses circonstances et sous divers aspects. Prenons pour commencer l'exemple de la médecine qui tente depuis son origine de saisir le fonctionnement du corps, (c'est-à-dire de construire du savoir). Un difficile exercice que de capturer l'inconstance du fonctionnement physiologique tant celui-ci peut être fluctuant et variable. La médecine : berceau somme toute, de notre problématique de la contention, s'inscrit donc déjà dans une mise en tension inaugurale entre le mouvement et le savoir. Comme nous le déclinions dans une première partie de notre travail, l'inquiétude répond quant à elle à la précarité de l'existence par une mise en mouvement. La médecine se met en quête de normes et de critères pour stabiliser l'insaisissable mouvement de la vie. Quant aux thérapeutiques, elles s'administrent désormais au vu d'études qui établissent la reproductibilité de leur efficacité. Il s'agit de sortir du singulier et de mettre en évidence l'intérêt pour le plus grand nombre. Là encore on assiste à une tentative pour stabiliser la variabilité donc de l'inconstance. Là encore, le savoir se défend du mouvement en cherchant à arrêter, à arraisonner d'une certaine façon, l'espace d'un instant, le mouvement inhérent au vivant. Un mouvement qui en définitive lui échappe malgré tout, un mouvement dont la déréluction s'amorce à l'instant même où la vie commence. La médecine opère dans le théâtre tragique de la vie, et malgré ses actions heureuses parfois, elle assiste impuissante à des déchirements qui entraînent encore implacablement les personnages vers un destin désastreux.

1. De la dialectique du savoir et du mouvement

Si nous soulignons à cet instant, la dialectique du mouvement et du savoir dans la quête « tragique » de la médecine, c'est pour mettre en exergue son analogie avec le phénomène de la contention lors des soins.

Toute chose étant égale par ailleurs, il est possible d'imaginer qu'à son niveau le phénomène de la contention réplique ce qui se joue à une plus grande échelle dans la dialectique du mouvement et du savoir à l'œuvre en médecine. La tentative d'immobilisation des mouvements de l'enfant par le soignant (qui représente ici le savoir médical), semble véritablement mettre en scène, la tentative de la médecine d'arraisonner le *mouvement* par le *savoir*.

La dialectique du mouvement et du savoir semble en appeler une autre. En effet il semble que la tentative acharnée de maîtrise du mouvement dissimule une sorte de défiance vis-à-vis des aspects contingents. Défiance car ces aspects sont difficiles à saisir et échappent d'une certaine façon à notre contrôle de soignants.

De la démonstration de la contingence

Lorsque le soignant confronté aux contingences du soin tente d'y échapper par le biais, de ce que nous appelons, *la cécité empathique transitoire*, il opère d'une certaine manière une suspension du mouvement empathique or l'arrêt du mouvement n'en demeure pas moins un mouvement en soi. Pour arrêter un mouvement il faut se mettre en tension, freiner ou retenir, c'est donc bien un mouvement qui répond au mouvement pour l'arrêter.

Ce développement autour de la dialectique du mouvement et du savoir résume dans une certaine mesure les différents éléments que nous avons déjà abordés au grès de la réflexion, mais il permet aussi de mettre l'accent sur l'importance de l'aspect contingent que revêt la contention.

La contention ne peut donc effectivement pas faire l'objet d'un protocole, (comme c'est le cas dans l'article qui décrit la technique du « Burrito » que nous prenions en exemple un peu plus tôt). Cela confirme le fait que la contention échappe à une description scientifique qui le cas échéant ne sert qu'à donner une illusion de pseudo-maitrise. En effet, certains soins se déroulent avec de la contention d'autres non, certains soignants l'expérimentent d'autres pas, certains jamais, d'autres rarement et d'autres l'utilisent fréquemment. Elle n'est donc pas *nécessaire* au sens qu'il faut qu'elle soit (utilisée) pour arriver à ses fins. L'aspect contingent de la pratique de la contention confirme le fait qu'elle appelle plutôt à la *délibération* ?

Pourtant il arrive que la contention soit une *nécessité* c'est-à-dire qu'elle fasse partie « [...] des choses sans lesquelles le bien ne peut être ni venir à être et sans lesquelles on ne peut ni se débarrasser du mal ni en être privé par exemple boire un médicament est une nécessité pour ne pas rester malade [...] »³⁰⁷ mais en ce qui concerne la contention forte de l'enfant on s'aperçoit que cette *nécessité* de recevoir les soins (pour ne pas rester malade) est aléatoire selon les circonstances.

Il se peut qu'on puisse parvenir à ses fins et réussir à *se débarrasser du mal et à ne pas rester malade*, en se passant de la contention. Prenons l'exemple concret d'une situation bien connue par les soignants de pédiatrie. Un enfant reçoit son traitement par voie intraveineuse. On s'aperçoit que la voie d'abord³⁰⁸ qui permet d'administrer le traitement est inutilisable. L'équipe décide donc de poser une nouvelle voie d'abord à l'enfant. Malheureusement celui-ci est « impiquable », c'est-à-dire que la réalisation technique de ce soin est très délicate.

Plusieurs tentatives infructueuses sont réalisées, l'enfant s'agite et se débat pendant le geste, on le contient pour l'immobiliser et faciliter l'exécution technique du geste mais rien n'y fait et on ne parvient pas à poser la voie veineuse.

³⁰⁷ Aristote, Pellegrin et Collectif, *Métaphysique*, 1015a-1015b.

³⁰⁸ Voie d'abord périphérique : dispositif médical qui permet d'injecter directement dans la veine les médicaments.

Les soignants confrontés à cette difficulté avertissent le médecin. Informé de la situation, le médecin décide d'administrer le traitement par la bouche et explique que finalement il n'est pas nécessaire de re-perfuser l'enfant. Situation somme toute banale en pédiatrie qui illustre le caractère aléatoire de la nécessité à double titre. D'une part il n'était pas nécessaire, dans cette situation, d'effectuer le geste technique et par conséquent d'user de la contention.

Par ailleurs, il existe d'autres situations où le soin doit effectivement être réalisé, mais où la contention peut être évitée en utilisant tout simplement certains médicaments tels que le MEOPA³⁰⁹, ou certaines méthodes³¹⁰ non pharmacologiques telles que la distraction³¹¹ de l'enfant ou l'hypnoalgésie.³¹²

Bien que la contention puisse parfois être évitée, cette possibilité n'est pas toujours envisagée, et lorsque c'est le cas, les soignants n'imaginent pas d'alternative possible alors ils y voient une *nécessité*. La poursuite de la lecture de la description aristotélicienne de la *nécessité* dans l'*Ethique à Nicomaque* est, à ce titre, très instructive. « On appelle en outre nécessité la contrainte et la violence, c'est-à-dire l'obstacle qui contrarie l'impulsion et le choix délibéré ; on dit en effet que la contrainte est une nécessité et c'est pourquoi elle est pénible »³¹³. Les paroles aristotéliciennes résonnent ici avec intensité, tant elles semblent correspondre vingt-cinq siècles plus tard avec justesse à notre problématique. La contrainte et la violence qui s'exercent, viennent faire obstacle à l'impulsion et au choix délibéré de l'enfant or cette contrainte est une nécessité et c'est pourquoi elle est pénible.

³⁰⁹ MEOPA : mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote dont les effets analgésiques et anxiolytiques s'avèrent très efficaces dans la prise en charge des douleurs provoquées par les soins.

³¹⁰ La distraction et l'hypnoalgésie sont des alliés précieux au quotidien dans les soins. Il existe désormais des éléments de preuve retrouvés dans la littérature qui témoignent de l'efficacité de ces méthodes pour réduire l'anxiété et la douleur de l'enfant lors des soins.

³¹¹ La distraction de l'enfant consiste à le rendre inattentif à ce qui lui fait peur ou qui le gêne en focalisant ses pensées sur ce qui lui plait, ce qui est agréable, ludique ou captivant. La distraction de l'enfant lors d'une procédure médicale vise à le dissocier de la réalité du soin en investissant son univers d'enfant grâce à des sollicitations sensorielles concrètes, variées, attrayantes et interactives.

³¹² L'hypno algésie est un procédé qui s'appuie sur les principes de l'hypnose, et permet à la personne d'utiliser ses ressources propres (l'imaginaire) pour mettre à distance les sensations de douleur, les réduire et/ou s'en protéger, afin de transformer le vécu de la situation douloureuse.

³¹³ Aristote, Pellegrin et Collectif, *Métaphysique*, 1015a-1015b.

On voit comme les propos aristotéliens s'adaptent de manière exemplaire à la situation de l'enfant. Mais cette même définition semble aussi s'appliquer remarquablement à la situation du soignant qui voit son impulsion et son choix délibéré contrariés par la contrainte et la violence de la nécessité du geste technique.

L'impulsion et le choix délibéré du soignant iraient, disons dans la plupart des cas, vers une attitude empathique envers l'enfant, mais cette impulsion initiale serait contrariée par la nécessité contraignante de faire le geste, ce qui expliquerait pourquoi la contention est pénible pour les soignants eux-mêmes.

Afin d'échapper à ce sentiment pénible, les soignants sont alors placés en situation d'éviter de regarder la détresse de l'enfant c'est-à-dire de détourner les yeux des contingences du soin, voire même de s'aveugler transitoirement, en tournant leur regard vers la lumière du savoir biotechnologique. Mais cette cécité empathique transitoire est peut-être, nous le disions un peu plus tôt dans notre travail, le pénible tribut qu'il faut payer à la médecine en échange du pouvoir divinatoire potentiel³¹⁴, qu'elle offre aux soignants, les transformant ainsi d'une certaine manière en Tirésias des soins.

La dialectique du mouvement et du savoir est à nouveau présente ici. La difficulté, de faire dialoguer le mouvement avec le savoir, y est mise en lumière. Comme pour le mythe de Tirésias où frappé de cécité pour avoir transgressé l'interdit en regardant la divinité, il reçoit en compensation le don de divination. Par ce sacrifice involontaire, Tirésias obtient le pouvoir de voir au-delà du visible. Tout se passe comme s'il fallait nécessairement en passer par un sacrifice, ici sacrifice du sensible : la vue ou plus précisément la vision du réel, c'est-à-dire le sacrifice de ce qui est en mouvement, ou encore du contingent, au profit du savoir. Ce sacrifice n'est pas le sacrifice du bon samaritain (au profit du contingent) qui arrête son chemin lorsque son œil est attiré par la détresse. Le sacrifice dont nous parlons, dans les circonstances des soins réalisés avec de la contention, semble voué, quant à lui, à l'*essence* des choses.

³¹⁴ Nous associons ici le pouvoir divinatoire de Tirésias à un éventuel pouvoir de transformer également l'avenir de celui qui est frappé par la maladie

Ce sacrifice doit permettre d'atteindre l'idéal du soin, il sert l'*essence* du soin, par-delà les contingences. L'Idée du soin nous échappe en pratique, plus précisément : l'*essence* des choses risque de nous échapper dans le *faire*.

Alors nous sommes aux prises avec une réalité en mouvement qui entrave le savoir ou plutôt la mise en application théorique de ce savoir. Il s'agit de concilier ce qui *a priori* semble incompatible et c'est ce qui explique la tension qui surgit de la dialectique du mouvement et du savoir. Il semble que la justification médicale (scientifique) à l'origine de la contention conduise à nous faire perdre de vue le fait que la contention interroge l'action humaine et non le savoir, qui porte sur l'immuable.

La contention se distingue de la science car celle-ci porte sur le *nécessaire* et on a pu voir que si la contention était dans certains cas une nécessité, elle n'est pas pour autant *nécessaire*. Par ailleurs la contention vise à l'action du soin est ne peut donc pas non plus être considérée comme un art, car celui-ci concerne la production, alors que la contention ne produit rien en soit, elle ne fait que participer à l'action qui produit du soin. Si la contention n'est ni une science ni un art alors elle doit répondre d'une disposition pratique qui concerne le choix dont le domaine n'est pas général, mais qui s'applique à *l'homme* qui est en place de faire ce choix. La contention est donc un moyen pour parvenir à ses fins, moyen qui dépend lui-même de celui qui éventuellement l'exécute. « [...] nous délibérons sur les choses qui sont à notre portée et qui sont exécutables. [...] or les hommes chaque fois qu'ils délibèrent, portent leur attention sur ce qu'ils peuvent exécuter par eux-mêmes. »³¹⁵

La contention ou l'appel à la prudence aristotélicienne

Nous avons confirmé au grès du développement de ce chapitre l'aspect contingent de la contention qui n'est ni une science ni un art. La contention s'avère répondre à une disposition pratique qui est en charge de délibérer sur ce qui est exécutable ou sur ce qui ne l'est pas.

³¹⁵ Aristote, Pellegrin et Collectif, *Ethique à Nicomaque*, 1112a.

Nous avons intentionnellement calquer notre démonstration à propos de la contention, sur les éléments dont se sert Aubenque pour faire l'analyse de la prudence chez Aristote, tant le rapport entre la problématique de la contention et la notion de prudence nous est apparu manifeste. En effet les principes d'application de la contention semblent trouver leurs correspondances dans la définition aristotélicienne de la prudence. « [...] la prudence est une disposition pratique concernant la *règle* du choix ; il ne s'agit pas ici de la rectitude de l'action, mais de la justesse du critère ; c'est pourquoi la prudence est une disposition pratique accompagnée de *règle vraie*. »³¹⁶ Une définition qui n'est pas, nous dit Aubenque, et ce, contrairement aux apparences « [...] une application de la célèbre méthode platonicienne de *division*. Il y a deux attitudes fondamentales de l'homme : le *savoir*, qui porte sur le nécessaire, le *faire*, qui a rapport avec le contingent. »³¹⁷

Nous disions un peu plus haut dans ce chapitre vouloir éviter de figer la problématique de la contention dans des représentations rigides, en nous gardant de cliver à l'excès l'*essence* et le *faire*, le *mouvement* et le *savoir*. Car avec ce type de présentation, tout se déroule comme s'il fallait choisir entre intellectualisation du problème et réponse empirique. Or tout au long de la réflexion sur la contention, nous observons les flottements, les aléas et les paradoxes qui accompagnent son usage. Tantôt un aléa ou une fatalité liée aux soins ou au caractère de l'enfant, tantôt une pratique regrettable ou alors une habitude, la contention fluctuent selon qui la pratique et aussi selon qui la subie.

Des fluctuations à partir desquelles il est difficile de rationaliser de manière systématique mais qu'il ne faut pas pour autant abandonner à une routine intuitive.

³¹⁶ Aubenque, *La prudence chez Aristote*.p.34.

³¹⁷ *Ibid.*p.35.

Il s'agit donc de trouver une réponse qui puisse réconcilier savoir et mouvement, une réponse qui rassemble les différences, c'est-à-dire les contingences, une réponse adaptée à ce que nous pressentons être un *entre-deux des différences*. Un espace qui ne correspond ni strictement au domaine intellectuel ni totalement au domaine empirique.

« [...] La prudence parce qu'elle est un savoir du particulier [...] moyen terme dans le syllogisme pratique pourrait réaliser la « jointure », « combler l'entre deux » [...] »³¹⁸

Nous pourrions ici nous contenter de cette réponse, mais malheureusement, cela ne semble pas suffire. Car ceux qui résument la prudence aristotélicienne à sa fonction *d'intermédiaire entre la fin et les moyens, entre les intentions morales et les actions morales* se fourvoient, selon Aubenque. Malheureusement disons-nous, car ces considérations auraient pu nous permettre de faire confiance à la prudence pour combler le « hiatus » entre le *savoir* et le *faire* c'est-à-dire combler la distance entre deux choses qui marque la différence. Comblent l'espace qui sépare la science de son application théorique. Et pour le dire autrement combler l'espace qui sépare la connaissance du soin théorique de l'action du soin. Malheureusement la prudence comme simple intermédiaire qui se suffirait à elle-même, ne suffit justement pas. Cela se vérifie dans la situation de la contention car il n'est pas suffisant de relier de bonnes intentions envers l'enfant (l'intention de le guérir par exemple), à une action morale (retenir à juste titre ses mouvements pour le soigner) pour obtenir une action prudente. Mais pourquoi la prudence, envisagée uniquement comme intermédiaire entre la fin et les moyens ne peut-elle réduire le hiatus qui sépare le *savoir* du *faire* ?

³¹⁸ Aubenque, *La prudence chez Aristote*, p.27-28.

C'est sans compter sur le fait que bien que « [...] la connaissance du singulier soit requise pour assurer, à son niveau propre, la rectitude de l'action, la question reste ouverte chez Aristote de savoir si une connaissance du singulier est possible et si, dès lors, le « hiatus » peut jamais être comblé autrement que par un engagement que l'intelligence ne parvient jamais à éclairer tout à fait. »³¹⁹

Le terme d'*engagement* est à souligner ici car il nous semble être la pierre angulaire de l'intérêt de la prudence (dans son acception aristotélicienne) dans notre problématique. Rappelons que l'objet propre de la prudence est la contingence. En l'occurrence la contention est contingente et fluctue entre le *savoir* théorique du soin (sa nature, son indication, sa nécessité) et la connaissance singulière de cet événement (l'enfant, le contexte, les précédents et les enjeux de faire ou de ne pas faire le soin). Or ces aspects font parfois « hiatus » et se séparent et seul l'*engagement* semble être en mesure de combler cet écart pour rassembler le savoir et le faire pour une action prudente.

Il faut plus qu'un arbitrage entre la théorie et l'empirique pour frayer avec le contingent, car la connaissance du singulier demeure toujours incertaine. Seul l'*engagement* est en mesure d'être un secours pour l'action morale. Etymologiquement l'engagement signifie « mettre en gage ». Or c'est soi-même que l'on met en gage lorsqu'on s'engage.

L'*engagement* dont nous parle Aubenque, pour combler le hiatus qui sépare la théorie de l'action, concerne forcément l'*homme* dont dépend l'exécution de l'action sur laquelle porte la délibération. La méthode de description de la prudence utilisée par Aristote en atteste. « Son point de départ n'est pas une essence dont il s'agirait d'analyser les déterminations possibles, mais un nom-phronimos –désignant un type d'hommes [...]. »³²⁰

³¹⁹ *Ibid.* p.28

³²⁰ *Ibid.* p.35.

2. De la figure Tirésias à celle de Périclès

Si Aristote prend pour point de départ le *phronimos*, c'est-à-dire l'homme prudent pour décrire la *phronesis*, c'est que la clé de voute de l'exercice de cette vertu ne se trouve pas dans ses principes mais dans son application. Or c'est l'*homme* prudent qui s'applique à agir avec prudence.

« La vertu consiste à agir selon le juste milieu, et le critère du juste milieu est la droite règle. Mais quelle est la droite règle ? Aristote ne nous donne aucun moyen de la reconnaître, si ce n'est l'appel au jugement de l'homme prudent. »³²¹

Nous convenions un peu plus tôt dans notre travail d'une certaine analogie, toute proportion gardée, entre les principes de la prudence et ceux qui influencent l'application de la contention. Ainsi, le fait qu'Aristote règle la connaissance de la prudence sur l'homme prudent, invite à penser plus précisément encore la place de celui qui est en situation de délibérer sur la question de la contention.

C'est la figure de Périclès qu'Aristote utilise pour caractériser l'homme prudent. *C'est parce que Périclès et ses semblables sont capables de voir ce qui est bon pour eux-mêmes et ce qu'il l'est pour les hommes*, qu'ils apparaissent à l'esprit d'Aristote comme prudents.

La figure de Périclès se confronte ici à celle de Tirésias, figure que nous proposons un peu plus tôt pour illustrer la cécité empathique transitoire qui est susceptible de frapper le soignant, commis par la technique médicale.

³²¹ *Ibid.* p.40

Ce qui distingue de façon marquante la figure de Périclès de celle de Tirésias (frappé de cécité mais qui peut voir au-delà du visible), c'est sa capacité d'unir « [...] dans une synthèse à chaque fois singulière, la capacité des vues d'ensemble et le sens du particulier. »³²²

Du savoir singulier à une vue d'ensemble

La figure du prudent a donc une vue d'ensemble qui englobe le particulier, là où Tirésias semble perdre la capacité de voir le singulier en gagnant la faculté de deviner ce qui est au-delà du visible.

On pourrait en quelque sorte considérer que Tirésias en tant que figure de celui qui use de la contention forte, est attiré par l'immanent alors que Périclès, figure du prudent porte son attention sur le contingent, reliant de manière singulière une vision d'ensemble à un sens du particulier. Il s'agit donc de revisiter le rôle du soignant sous l'éclairage de la prudence. C'est au jugement de l'homme en place de contenir l'enfant de force pour réaliser le soin, qu'il faut en appeler pour convenir de la *droite règle* dans ce domaine. Cela implique-t-il qu'il ne faille rien attendre des règles extérieures pour fixer son action ? La science ou la sagesse pourraient-elles secourir le soignant qui cherche à fixer une droite règle à son action ? Il semble que non.

Et voilà bien la difficulté à laquelle il faut faire face. Car il ne s'agit pas de décréter *une droite règle* au regard d'un domaine démontrable comme par exemple le calcul scientifique de la quantité de médicament qu'il faut administrer en fonction du poids d'un enfant. Il ne s'agit pas non plus de définir une *droite règle* à propos de ce qui est Bien ou Mal de manière générale, telle que l'injonction du « *tu ne tueras point* » l'édicte. Pas plus qu'il ne suffit de se fier à son intuition, ou à un savoir empirique pour appréhender de quelle manière il faut agir quand on est face à un enfant qui se débat et qui refuse qu'on effectue le soin sur lui. Dans ces circonstances, le soignant doit savoir faire appel à un jugement *prudent* et plus précisément encore il doit *être prudent*.

³²² *Ibid.*p.60.

Bien que la prudence n'appartienne ni à un domaine scientifique démontrable, ni à un objet immuable, elle ne correspond pas non plus à une modalité strictement empirique. Pour l'explorer avec rigueur et surtout en dégager les pistes pragmatiques vis-à-vis de la contention, il nous faut préciser que la prudence est l'une des *vertus qui servent la vérité, au même titre que la technique, la science, la sagesse, et l'intelligence*. Aristote dans le livre VI d'*Ethique à Nicomaque* classe la prudence³²³ dans les vertus intellectuelles³²⁴.

Mais prenons garde car le fait que la prudence corresponde à une vertu intellectuelle ne doit pas nous induire en erreur. En effet le prudent ne doit pas être confondu avec le sage même si prudence et sagesse appartiennent toutes deux aux vertus dites dianoétiques.

« Il lui arrive aussi de distinguer, à l'intérieur des vertus dianoétiques, la prudence de la sagesse par la distinction de leurs objets, la sagesse portant sur ce qui ne naît ni ne périt et la prudence sur le contingent.»³²⁵

De la distinction du prudent et du sage

Pourquoi est-il important de distinguer le prudent du sage dans le cadre de la problématique de la contention ? Pour Aristote la sagesse correspond à une « expertise partielle et globale »³²⁶. La sagesse est accordée *dans les techniques, aux experts les plus rigoureux dans leurs métiers respectifs*. Être sage, c'est être expert dans son domaine puisque ce qui conditionne la sagesse c'est *l'excellence de la technique*. Pour Aristote la sagesse doit être la plus rigoureuse des sciences en alliant intelligence et science. Il est aussi donné à quelques personnes d'être sages en général. Mais nous nous arrêterons pour les besoins de notre étude uniquement sur la question de la sagesse liée à l'expertise partielle.

³²³ Notons Pellegrin dans les œuvres complètes d'Aristote 2014, traduit prudence par sagacité. Note de bas de page, p. 2107. « J'ai proposé depuis longtemps de rendre *phronesis* par « sagacité », parce que « prudence », dans le sens technique, est depuis longtemps hors d'usage et que « sagesse » me paraît devoir être considéré pour désigner la vertu qu'Aristote appelle *sophia* et que cherche le philosophe.

³²⁴ Aristote, Pellegrin et Collectif, *Ethique à Nicomaque*, 1139b, p.2105.

³²⁵ Aubenque, *La prudence chez Aristote*. p .39.

³²⁶ Aristote, Pellegrin et Collectif, *Ethique à Nicomaque*, 1141a, p.2110.

On voit comme la définition de la sagesse en tant qu'expertise (partielle) d'une personne rigoureuse dans son métier peut porter à confusion si on l'applique à notre soignant, expert du geste technique, et obéissant aux règles scientifiques de la médecine.

Alors celui-ci peut facilement imaginer faire preuve de sagesse, s'il confond l'essence de la médecine avec son domaine d'application pratique. Car il est vrai que tout le monde doit parler de la même chose lorsqu'on parle de ce qui est sage. C'est-à-dire parler d'une chose dont l'objet du jugement doit toujours être identique.

Dans le cas de la science médicale, la *sagesse* tient au fait que tout le monde parle effectivement de la même chose et lorsqu'on parle du foie ou du cœur, objet de jugement identique pour les uns et les autres, alors on parle avec *sagesse*. Mais lorsqu'on parle de la contention, on ne peut pas considérer qu'elle puisse être un objet de jugement toujours identique. Si on l'appelle bonne, une chose (la contention) différente selon qu'on a affaire à une personne ou à une autre, ou selon qu'on a affaire à l'enfant ou au soignant, alors on parle de choses différentes et l'on parle de ce qui est *sagace*. Nous sommes plongés avec la problématique de la contention de l'enfant lors des soins dans *le domaine indéfini de l'action humaine*, qui exige la connaissance du particulier.

Car ce qui nous importe au moment de délibérer au sujet de la contention, c'est de savoir ce qui est bon pour nous à ce moment-là. « [...] or la science du Bien en soi ou de la Médiété en soi ne lui servirait pas plus à le déterminer que la science de la Santé en soi ne sert au médecin quand il s'agit de guérir Socrate ou Callias [...] »³²⁷ Car guérir pour Socrate ou Callias, c'est guérir *un* homme particulier et non les hommes en général. Il faut noter ici qu'à la période antique la médecine s'adapte spécifiquement à celui qu'elle soigne.

A l'époque d'Hippocrate, la médecine est profondément liée à la personne à qui elle s'adresse. De nos jours, cet exemple de l'inutilité de critères généraux déterminés par la science de la Santé en soi quand il s'agit pour le médecin de guérir *un* homme, est moins représentatif.

³²⁷ Aubenque, *La prudence chez Aristote*. p.40.

En effet, aujourd'hui, la science médicale fonde ses critères sur des preuves, c'est-à-dire sur des éléments de jugement qu'on cherche à établir comme identiques, donc à s'approcher de ce qu'on pourrait nommer en langage aristotélicien d'une sagesse partielle.

A *contrario* on peut imaginer que la médecine antique correspondait peut être mieux au domaine de la *sagacité* que ne le fait aujourd'hui la médecine scientifique. Il nous est ainsi donné à nouveau l'occasion de percevoir le piège dans lequel nous plonge la confusion entre l'essence de la médecine moderne et ce qui est de l'ordre de sa mise en application.

Piège qui conduit à confondre *science* et *savoir singulier* qui seul peut répondre aux aspects indéfinis de l'action humaine de l'exécutable en médecine. Le monde de la médecine n'est donc heureusement pas entièrement un monde scientifique. Si c'était le cas alors *il serait établi que rien ne peut être autrement qu'il n'est et il n'aurait pas de place pour l'action humaine*. «Au contraire le fait qu'il y ait dans le monde des faits de hasard inexplicables et imprévisibles est une invitation toujours renouvelée à l'initiative de l'homme. »³²⁸ Pour Aristote s'il y a bien d'ailleurs (avec la navigation) un domaine d'application de la prudence, c'est celui de la médecine.

De la distinction entre prudence et habileté

Le soin caractérise l'action singulière qui se niche au cœur de la science médicale. Il s'agit d'abandonner le recours à une norme transcendante qui au quotidien n'est pas d'un grand secours. En l'occurrence il n'existe pas de norme transcendante sur laquelle on pourrait s'appuyer pour décider s'il faut user ou pas de la contention forte pendant un soin, car chaque situation est chaque fois différente et ne peut faire l'objet d'une règle générale. Si ce n'est peut-être celle de l'intérêt supérieur de l'enfant mais celle-ci ne peut pas servir systématiquement de droite ligne pour l'action.

³²⁸ *Ibid.* p.69.

Comme on a pu le voir plus tôt *l'intérêt supérieur* peut fluctuer, il peut ne pas être constant et cela non pas dans l'absolu mais dans les faits. Par contre l'intérêt supérieur de l'enfant peut éventuellement être une référence pour celui qui va décider de l'action. Il peut guider l'*intention* du soignant, lui servir en quelque sorte de ligne directrice mais sans pour autant être la droite ligne de son action. L'intention guide effectivement l'action mais ne dit pas de quelle manière cette action doit être menée. Elle ne dit pas comment parvenir à ses fins. Arrêtons-nous un instant sur la capacité qui permet d'atteindre aisément ses *fins*. Cette capacité correspond chez Aristote à l'*habileté*.

Celle-ci « [...] est de nature telle que tout ce qui contribue au but supposé, elle peut l'exécuter et y atteindre. Ainsi donc si le but est beau, elle est louable, et s'il est vilain, elle est rouerie ».

Si l'on s'en tient à cette description, alors on peut considérer que le soignant qui exécute le soin, en utilisant les moyens (y compris la contention forte) qui contribuent au but supposé (guérir ou soigner) en *combinant les moyens les plus efficaces*, fait preuve d'*habileté*. Mais suffit-il d'être habile pour être prudent ? Suffit-il de bel et bien exécuter ce qui doit l'être, pour agir avec sagacité ? « Mais l'habileté en tant que telle est indifférente à la qualité de la fin. »³²⁹ C'est justement là que se distingue l'action prudente de l'action habile.

Car le prudent mettra en œuvre tous les moyens pour réaliser ses fins, dans le cas où celles-ci (ces fins) sont louables. Car l'action prudente doit nécessairement tendre vers *ce qu'il y a de mieux*. « Or ce qu'il y a de mieux n'apparaît qu'à l'homme bon. »³³⁰ Il faut naturellement entendre *bon* sous l'acception de vertueux.

Lorsque le but n'est pas *ce qu'il y a de mieux* l'action même si elle est *bien exécutée* ne sera pas une action prudente. Prenons à nouveau l'exemple de l'enfant à qui il faut poser une nouvelle perfusion car la précédente ne fonctionne plus.

³²⁹ *Ibid.*p.61.

³³⁰ Aristote, Pellegrin et Collectif, *Ethique à Nicomaque*, 1144a, p.2119.

Après plusieurs tentatives infructueuses et laborieuses (durant lesquelles l'enfant a été contenu de force), le médecin décide, un fois averti, qu'il est inutile de poser une nouvelle perfusion.

Les soignants qui ont tenté de faire le geste en utilisant les moyens utiles pour réaliser leurs fins, c'est-à-dire *ce qu'il y a de mieux*, (c'est à dire dans l'intérêt de l'enfant, qui lui-même se traduit par l'administration de l'antibiothérapie par voie veineuse pour assurer la réussite du traitement) ont dans une certaine mesure fait preuve d'*habileté* mais leur *œil* n'a pas vu que leur action ne s'adressait pas à ce qu'il y avait de *mieux pour l'enfant*. « L'habileté ressemble à cet « œil de l'âme » dont parlait Platon et qui, selon Aristote, ne voit le bien que s'il est tiré du bon côté par la vertu morale. La prudence est donc l'habileté du vertueux. »³³¹ Il faut donc pour exécuter une action prudente, que « l'œil de l'âme » soit tiré du bon côté, c'est-à-dire du côté du bien et seule la vertu morale le permet.

Mais de quelle manière s'exerce cette vertu morale sur l'action ? Comment attire-t-elle « l'œil de l'âme »³³² du bon côté ? La vertu morale est-elle suffisante pour agir avec prudence ? Il ne semble pas que ce soit le cas.

Prenons par exemple la situation où le soignant fait preuve d'habileté en utilisant les moyens nécessaires pour réaliser *ses fins*, mais sans nécessairement questionner celles-ci, on pourrait supposer qu'il a manqué de *tempérance* dans son action. Il s'agit donc d'utiliser à la fois le savoir théorique : je dois théoriquement réaliser ce geste car dans l'absolu, c'est ce soin qui va permettre à l'enfant d'aller mieux, en utilisant les moyens utiles pour y parvenir mais aussi en *tempérer* l'application.

L'action prudente motivée par la vertu morale doit également s'exercer dans le cadre d'un savoir théorique. En résumé la vertu morale est nécessaire mais pas suffisante à l'action prudente de même que le savoir théorique ne peut pas non plus à lui seul assurer la sagacité de l'action.

³³¹ Aubenque, *La prudence chez Aristote*. p.61.

³³² Aubenque signale en note de bas de page numéro (4) dans *La prudence chez Aristote* p. 61, le fait que « l'œil de l'âme » d'Aristote désigne une faculté plus judicative que contemplative.

Il faut donc qu'il y ait une conjonction entre vertu intellectuelle et morale pour que l'*habileté* de l'action devienne *prudence*. Or le dénominateur commun à l'exercice des vertus morales et intellectuelles, est celui en charge de réaliser l'action.

3. De la nécessaire prudence du soignant

La réponse à la problématique de la contention, ne se trouve pas dans l'exercice d'une vertu particulière (soit intellectuelle ou morale) mais dans celui-là même dont dépend l'action. Le problème de la contention forte ne trouve de réponse que dans l'homme qui en charge de délibérer à propos de cette action. La réponse ne dépendra que de l'*homme vertueux* capable de *délibérer intelligemment* avec tempérance, courage et justice.

De « l'habileté du vertueux »

Prenons un autre exemple pour appuyer notre propos au sujet de la nécessité de faire correspondre l'action à l'*intention du bien* qui doit la guider. Nous parlions un peu plus tôt de l'utilisation du MEOPA, qui est un médicament utile pour les soins en raison de ces qualités antalgiques et anxiolytiques.

Ce médicament améliore considérablement le confort de l'enfant lors du soin et s'administre par inhalation. Malheureusement certains enfants ont peur du masque qu'il faut poser sur leur visage pour administrer le gaz.

Il arrive donc paradoxalement qu'il faille parfois faire usage de la contention forte pour administrer ce médicament. Un paradoxe s'il en est, car on fait usage de la force pour que l'enfant bénéficie d'un médicament censé permettre de faire le soin *en douceur*. Ici encore c'est l'*intention du bien* qui détermine la décision d'*user des moyens utiles* pour parvenir à *ses fins*. Ces dernières correspondent au fait de soigner un enfant sans douleur ni inconfort.

Pour réaliser *ces fins*, les soignants font appel à leur savoir théorique : le MEOPA améliore la réalisation du soin. Ce faisant, le soignant exerce des *vertus intellectuelles* (intelligence, habileté,). L'habileté consiste à utiliser le moyen utile pour réaliser ses fins, il est donc *habile* d'utiliser le MEOPA. Il n'est cependant pas *prudent* de le faire si l'administration de ce médicament apporte plus d'inconfort que le confort qu'il est censé procurer. En effet, s'il s'avère nécessaire d'user de la force pour faire respirer l'enfant dans le masque, alors ce moyen ne correspond plus à *l'intention du bien* qui a initié cette action.

Que faudrait-il dans ce cas pour que l'intention du bien du soignant se transforme en une action prudente ? *L'intention du bien* en appelle initialement à la *vertu intellectuelle* qui vise à réaliser *ces fins* c'est-à-dire qu'elle en appelle à l'*habileté*. Cependant celle-ci ne devient effectivement prudence que si l'intention du bien est régulée par la tempérance, la justice ou le courage c'est-à-dire inspirée par une vertu morale. Or l'action (utiliser le MEOPA de force) inspirée par l'habileté (*la vertu intellectuelle*) est en inadéquation avec *l'intention du bien* car elle n'est pas médiée par la vertu morale.

Le soignant qui contraint de force l'enfant pour lui faire respirer le MEOPA fait preuve d'habileté, il sait que théoriquement le MEOPA est un bon moyen pour réaliser ses fins mais il manque de *prudence* par défaut de *tempérance*. Mais imaginons à l'inverse un soignant animé par une *intention du bien* envers l'enfant, qui fait preuve de *tempérance* mais qui manque d'*habileté*. Imaginons qu'il ne connaisse pas le moyen qui lui permet de réaliser ses fins (il ignore l'existence du MEOPA ou encore les alternatives non médicamenteuses qui existent pour améliorer le soin), alors lui non plus, n'agira pas avec prudence.

Il faudrait pour ce faire, que les vertus naturelles dont il prédispose, se transforment en vertus morales qui transformeront alors à leur tour l'habileté en prudence. « [...] la prudence est médiatrice entre la vertu naturelle et la vertu morale, mais la vertu morale est médiatrice entre l'habileté et la prudence. »³³³

³³³ Aubenque, *La prudence chez Aristote*.p.62.

Il s'agit donc bien d'une sorte d'interconnexion des vertus naturelles, changées à force d'habitude en vertus morales, avec les vertus intellectuelles. Une interconnexion qui se met à l'œuvre en vue d'une juste délibération conduite par un homme vertueux disposant d'un savoir singulier. Dans les faits comment s'y prendre avec l'enfant qu'il faut soigner, en faisant en sorte d'éviter qu'il ne ressente de la douleur lors du geste, alors qu'il se débat ? Quelle action pourrait être prudente dans ces circonstances ?

Et bien si notre lecture d'Aristote et d'Aubenque à propos de la prudence est exacte il nous faut admettre combien il est délicat de décliner les principes de la prudence et qu'il est préférable d'imaginer, ce que ferait *l'homme prudent* dans ces circonstances. Il faudrait qu'il connaisse l'ensemble des moyens qui pourraient être utiles dans cette situation (détenir un *savoir théorique*) mais également être capable de *tempérer* son action en l'occurrence renoncer par exemple à utiliser le MEOPA (moduler intelligemment son *habilité*). C'est-à-dire délibérer à propos de la meilleure manière de parvenir à *ses fins*, s'arrêter et peser le pour et le contre.

Délibérer et faire appel à son expérience (*savoir empirique*) pour inventer un moyen hybride (issu à la fois du savoir théorique et empirique), dont on usera au bon moment, qui mélangera la créativité de celui qui soigne à celle de l'enfant qui détient lui-même un *savoir singulier* utile dans ces circonstances.

Mais les circonstances de la contention sont-elles prévisibles ? Suffirait-il d'être préparé à cette situation ? Sans doute le pourrait-on dans une certaine mesure car il existe effectivement des indicateurs. La douleur, l'anxiété et la détresse de l'enfant sont autant d'éléments de prédictibilité de la survenue de l'agitation de l'enfant qui conduira possiblement à la contention. Mais ces éléments ne nous disent rien de la manière dont il faut s'y prendre lorsque cela se produit.

La prudence : un pis-aller pour les hommes aveugles à la destinée

Nous ignorons de quelle manière les choses vont se dérouler car les causes qui précipitent le soin dans la contention sont indéfinies et indéterminées et ne peuvent donc pas faire l'objet d'une anticipation formelle.

L'exemple de la contention que nous étudions illustre de manière anecdotique combien nous sommes d'une certaine façon définitivement *livrés au hasard de la destinée*. Ce constat peut paraître d'une simplicité naïve pourtant il semble aborder une problématique contemporaine centrale, à l'origine de laquelle se trouve peut-être l'explication de la suprématie actuelle de l'habileté sur la prudence. On a pu voir d'ailleurs comme, la préférence va le plus souvent à l'*habileté* plutôt qu'à la *prudence* dans les situations de soins où l'on contraint l'enfant de force. Tous les moyens nécessaires sont utilisés pour réaliser les fins sans que la justesse de l'intention du bien ne soit obligatoirement questionnée. Un choix qui correspond à une tendance moderne à vouloir être dans la maîtrise et le contrôle des événements. La bio technicité médicale (entre autres) de plus en plus performante renvoie d'ailleurs l'illusion d'une pseudo-maîtrise. Mais la contingence et la précarité (y compris de l'existence) n'en demeurent pas moins cruellement réelles.

Quoi qu'il en soit, nous sommes d'un point de vue aristotélicien « [...] abandonnés aux médiations laborieuse du raisonnement et de la délibération »³³⁴ car nous n'avons *malheureusement pas la bonne fortune d'être inspirés directement par la Divinité qui nous aurait élus*.

Il nous faut retrouver par nous-mêmes, par le détour de la délibération, l'aptitude à répondre au contingent, dont on ne sait rien à l'avance. On peut peut-être voir de manière générale dans l'extension des domaines de la science et de la technologie, une volonté acharnée des hommes à réduire les espaces de contingences.

³³⁴ *Ibid.*p.73.

Réduire les espaces d'indétermination qui les plongent dans l'incertitude et qui les placent face à leur condition « [...] d'hommes aveugles à la Destinée qui les conduit. »³³⁵. On pourrait alors faire l'hypothèse que c'est pour fuir la condition d'*hommes aveugles à la Destinée*, que le soignant choisit paradoxalement une autre forme d'aveuglement : celle de la cécité empathique transitoire. Autrement dit, il donne la préférence à l'habileté plutôt qu'à la prudence. Pourquoi donner la préférence à l'*habileté* ?

Peut-être cette dernière donne-t-elle mieux l'illusion de la maîtrise, puisqu'elle s'adresse aux moyens. Un domaine que les soignants maîtrisent mieux, qui leur semble peut être plus de leur « ressort ». Un domaine où l'on peut avoir plus de certitudes. Tandis que la *prudence* oblige au doute, au questionnement, et conduit à délibérer. Le prudent questionne les moyens mais aussi *les fins*.

Mais dans certains cas, *les fins* de l'action du soignant sont définies par d'autres : médecins prescripteurs, administratifs, ou plus globalement par le système hospitalier moderne... On pourrait presque parler dans certains domaines d'hétéronomie *des fins*, définies par d'autres que ceux qui réalisent l'action. Des fins qui peuvent être entendues par ceux qui réalisent les gestes comme des injonctions, d'autant plus troublantes qu'elles se confondent avec *l'intention du bien* : celle de l'intérêt supérieur du malade. *Des fins* dont le bienfondé est *a priori* indiscutable et dont la légitimité est à première vue impossible à remettre en question. Une situation qui évite de trop se confronter à la contingence des événements en ramenant d'une certaine manière de la stabilité et de la certitude dans une situation qui est par définition précaire.

Il faut noter par ailleurs combien il est difficile dans le feu de l'action d'interroger *les fins* d'un geste. Difficile de repérer qu'il est possible de questionner *les fins* sans pour autant en altérer le fondement.

³³⁵ *Ibid.* p.74.

Dans de telles circonstances, nous sommes enjoins à concentrer nos efforts sur l'habileté de l'action, à préférer l'habileté à la prudence. Mais le soignant est-il en mesure de faire un autre choix que celui-là ?

Une injonction à l'habileté, stigmatisante pour le soignant

Nous disions un peu plus haut comme le savoir théorique et l'intelligence ne sont rien sans l'exercice de la vertu morale et que celle-ci s'exprime en acte, c'est-à-dire qu'elle répond en pratique *par ce qui est le mieux*, dès lors qu'elle est soumise à la *délibération* de l'homme vertueux en charge d'exécuter l'action.

Mais nous évoquons également l'expansion dans notre monde moderne, des domaines de la science et de la technique qui tentent désormais de stabiliser l'univers contingent auquel l'homme appartient.

L'homme moderne habite de nos jours, un univers où la détermination de *ce qui est le mieux* s'exerce le plus souvent au regard de critères prédéfinis, préétablis, tentant ainsi de nier la contingence et d'une certaine manière de repousser le singulier. La médecine scientifique basée sur le généralisable, sur les éléments de preuve a supplanté la médecine hippocratique déterminée par la singularité du malade. D'autre part l'élan de l'*homo faber* bergsonien semble ne plus pouvoir s'arrêter et conduit probablement à l'inversion des fins et des moyens. L'homme moderne devient l'instrument de la technique et non plus l'inverse. Il est commis par la technique comme le souligne Heidegger.

Nous habitons un univers où la droite règle, sur laquelle semble s'étalonner nos actions est comme prédéfinie par une obligation de résultat, parfois déconnectée du questionnement des fins, c'est-à-dire déconnectée d'un questionnement éthique.

Comment dans cet univers d'hyper technologie, qui tend à réduire au maximum la contingence, l'homme acteur de soin, peut-il à lui seul faire preuve de prudence ? N'y aurait-il pas une forme d'hypocrisie à demander au soignant d'être prudent, alors même qu'il évolue dans un contexte qui glorifie l'habileté ? Une forme d'injonction paradoxale semble faire jour ici, exhortant le soignant à faire preuve de prudence tout en fixant d'avance la norme de son action. Or la prudence est une disposition pratique concernant la règle du choix.

Il ne s'agit pas tant de fixer la rectitude de l'action que de déterminer la justesse du critère. Or le *prudent* sert de *critère vivant* à la règle. Celui qui est prudent ajuste l'action en fonction de la situation, du contexte et du moment. On voit ici combien le modèle de la science médicale moderne peut être bousculé par une telle déclaration.

En effet comment imaginer dans un univers où, depuis plus de deux cents ans tous les efforts tendent à estomper l'opinion, le déclaratif, l'empirique, que l'on s'en remette à la subjectivité individuelle à l'instant de sa mise en application ? Comment imaginer qu'on s'en remette, au cœur de l'action, au paroxysme de l'application du savoir, à un *critère vivant* pour en fixer la règle ?

Comment imaginer pervertir les efforts de la science pour stabiliser le précaire, en célébrant au final l'homme prudent, et par là même le contingent ? Mais comprendre que s'en remettre à la subjectivité du prudent, c'est mal comprendre ce qu'est la prudence. Car l'homme prudent ne se départ pas de son savoir scientifique. Pour être prudent, il doit justement appuyer son jugement sur des éléments objectifs. Le prudent n'est pas ignorant et ne se défait pas de ses connaissances, mais il les adapte, les ajuste à la situation. Il les soumet à un jugement pondéré et se montre tempérant dans leur application. C'est ce qui fait la compétence du soignant prudent. Une compétence forgée par l'expérience reliée aux connaissances et appliquée avec pondération.

Le prudent intègre d'innombrables éléments qui rattachés à son savoir, à son expérience lui permettent de délibérer. Le prudent se caractérise donc par un *savoir singulier* qui lui permet d'avoir une vue d'ensemble.

Or il semble que le *savoir singulier* soit [...] plus riche de disponibilités que de contenu, plus enrichissant pour le sujet que riches d'objets définissables, et dont l'acquisition suppose non seulement des qualités naturelles, mais ces vertus morales qu'il aura en retour mission de guider : le courage, la pudeur, et avant tout, la tempérance dont Aristote, jouant après Platon sur l'étymologie, nous dit qu'elle est la sauvegarde de la prudence. »³³⁶

Mais n'est-ce pas un véritable défi que de faire valoir un tel *savoir singulier*, au sein d'un système institutionnel qui privilégie une politique d'uniformisation ? Un système désormais régit par des normes et des critères à la fois scientifiques mais aussi opérationnels.

L'organisme de la Haute Autorité en Santé préconise par exemple des recommandations qui visent à *contribuer à la régulation de la qualité et de l'efficacité* des établissements de santé. Ces recommandations déclinées en critères, permettent l'évaluation des actions. Sans remettre en cause l'intérêt de structurer et d'homogénéiser les prestations et les modalités de prise en charge en santé, il faut tout de même relever la difficulté qu'il peut y avoir à intégrer *l'homme prudent* en sa qualité de *critère vivant* dans ce système.

Un défi dans la mesure où en ce qui concerne le *savoir particulier* du prudent, il s'agit de renoncer au *contenu*, à la capitalisation d'*objets définissables*. Un savoir où il s'agit d'*être riche de disponibilités* (à entendre ici qui reste ouvert à d'autres dispositions, à d'autres modalités). Et on admet volontiers que les caractéristiques du *savoir particulier* de l'homme prudent, rentrent difficilement dans les grilles d'évaluations d'une démarche d'accréditation. Mais attention, évitons d'opposer, le talent singulier des personnes qui soignent à un dispositif d'évaluation impersonnel car là aussi la tempérance est de mise.

Notre propos est de montrer comme la promotion de la prudence aristotélicienne pourrait être utile dans les soins ; et qu'il est possible de concilier les exigences, les compétences avec le savoir particulier.

³³⁶ *Ibid.* p.60.

Or il semble que la politique d'évaluation de la qualité des soins, pêche parfois par excès et à force de vouloir à toutes fins, conformer les pratiques (et ce dans une intention du bien), néglige certains critères en particulier ceux qui correspondent aux dispositions pratiques des soignants qui font elles-mêmes parties de critère de « qualité » dont il faudrait tenir compte.

Notre propos est de souligner l'ambivalence des injonctions qui s'exercent, dans le contexte actuel, sur les soignants à qui l'on demande à la fois de s'astreindre au respect des procédures, à être efficaces, c'est-à-dire de peaufiner toujours plus leur habilité, alors même qu'il leur est demandé d'individualiser les soins mais sans pour autant leur procurer beaucoup d'occasion d'exercer leur *prudence*.

Le modèle de la prudence aristotélicienne dans lequel le prudent est au centre du dispositif éclaire la problématique de la contention lors des soins et permet d'imaginer de quelle manière le soignant pourrait reprendre une juste place dans un système biotechnique médical contraignant. Cependant ce modèle ne doit pas devenir stigmatisant pour le soignant. Il faut se souvenir que dans le modèle aristotélicien la vertu naturelle se transforme par l'habitude en vertu morale. C'est en s'exerçant que l'on devient vertueux et l'habitude est donc déterminante car elle influence la construction de la vertu.

On a pu voir combien la médecine moderne, et avec elle, les institutions de soins, donne d'une certaine manière la priorité à une forme d'habileté et aux savoirs formels. L'histoire des progrès médicaux, l'expansion des moyens technologiques, les représentations professionnelles, ainsi que la formation par les pairs, influencent les habitudes de soins et par conséquent la manière dont les soignants construisent leur savoir. Dans ce contexte l'habitude ne conduit ni spontanément ni systématiquement les soignants à la prudence. L'habitude scientifique imprègne la construction du savoir des soignants, leurs représentations.

L'habitude à laquelle sont soumis les soignants tend à arraisonner le réel, à le figer pour le comprendre, pour le transformer, comme pour contrecarrer l'incontournable trajectoire de l'existence. Or *la prudence porte sur les êtres soumis au changement*, c'est donc du mouvement qu'il faut donner à l'esprit des soignants pour penser ce qui est soumis au changement. L'évolution des conceptions de soins n'a pas véritablement encouragé le mouvement de la pensée d'un point de vue créatif. Certes les conceptions modernes ont transformé les représentations, banni des croyances infondées et construit un savoir scientifique commun aux professionnels mais au prix d'une certaine conformation de l'esprit. Il nous faut tenir compte du contexte épistémologique dans lequel l'habitude des pratiques de soins se construit.

En effet il serait injuste de considérer que les soignants peuvent à eux seuls transformer l'habitude de l'usage de la force pour réaliser les soins, alors même que celle-ci est implicitement admise et presque encouragée par un modèle qui privilégie l'habileté du geste.

Il est d'ailleurs possible de corréliser la progression des aspects *curatifs* de la médecine moderne avec « l'expansion » de l'habileté. On peut alors oser un rapprochement entre la prédilection pour les aspects curatifs et donc pour *l'habileté* avec un modèle conceptuel centré sur le *cure*. Et d'autre part rapprocher la prudence des modèles conceptuels du *care*.

Il nous faut donc considérer rapidement la trajectoire des conceptions des soins pédiatriques qui conduit à construire un savoir qui limite malgré lui la prudence de ses acteurs. Mieux étudier le domaine des soins, son contexte et son histoire aide à cerner plus précisément le champ d'action des soignants. En particulier à mieux définir les modalités d'applications de la prudence au quotidien en pédiatrie.

Notre propos est de revenir aux conceptions ordinaires des soins ainsi qu'à leurs territoires d'application pour imaginer ensuite dans un dernier chapitre de nouvelles pistes conceptuelles de soins qui pourraient aider à modifier les habitudes en modifiant le paradigme ordinaire.

Chapitre XXIII Des théories de soins en mouvement ?

1. D'un nécessaire retour aux théories des soins

Après avoir réglée notre étude sur la dialectique du mouvement et du savoir, puis questionner l'habileté et la prudence, il semble maintenant nécessaire de revenir à l'origine de la problématique. Nécessaire de nous pencher à nouveau sur le berceau de la contention: c'est-à-dire revenir au soin à proprement parlé.

En effet nous avons abordé au fil de notre réflexion les différentes circonstances, conceptions et représentations en lien avec la problématique de la contention de l'enfant lors d'un soin. Il s'agit désormais de rassembler ces éléments pour en avoir une *vue d'ensemble*, dans l'espoir de construire un *savoir particulier* qui tienne compte des contingences reliés à cette pratique professionnelle délicate. Or il semble utile de replacer ces éléments dans leur décor, celui des soins, les remettre aussi dans leur cadre théorique, un cadre qui participe forcément à la vision d'ensemble que l'on peut avoir de ce phénomène.

Une étude in vivo

En effet, perceptions et représentations qu'ont les uns et les autres de ce phénomène, ne peuvent être étudiées *in vitro*. Impossible d'extirper ce phénomène de son environnement sans le dénaturer. L'observation isolée de la contention de l'enfant, comme s'il s'agissait d'un objet d'étude à glisser dans une éprouvette ou à déposer sur une lame de laboratoire pour le placer sous l'œil du microscope appartient à la science-fiction.

Pourtant la volonté d'analyser ce phénomène, conduit à procéder méthodiquement, à découper chacun des éléments qui participe à cet événement pour l'étudier.

L'observation de l'événement quel que soit le point de vue que l'on adopte est nécessairement morcelée. C'est donc avec d'autant plus d'attention qu'il faut

se garder de confondre analyse et dissection. Il s'agit d'éviter de trop « disséquer » notre sujet au risque de l'isoler radicalement de son contexte. Ou pour le dire autrement : éviter de mener avec *habileté* cette étude en manquant de *prudence*. Il s'agit d'étudier un phénomène précis en gardant une *vue d'ensemble* sur celui-ci, sans pour autant assimiler cet événement à d'autres situations qui semblent s'apparenter à la problématique mais qui diffèrent totalement en raison du contexte dont elles sont extraites. Car la contention en dehors de la situation de soins ne répond pas aux mêmes attributs que celle qui s'exerce lors des soins. La contrainte physique d'un enfant pour l'obliger à se soumettre à une décision de l'adulte n'est pas toujours comparable avec le phénomène étudié bien qu'il existe des points communs. Ce n'est pas la même chose que d'obliger un enfant à boire sa soupe de force ou de le contraindre à recevoir des soins médicaux. Les lieux, les acteurs, les principes éducatifs ou médicaux et les enjeux modifient les comportements et les choix.

L'étude de l'usage de la force ne peut se désolidariser du contexte dans lequel celle-ci s'exerce. Or le phénomène de la contention que nous étudions apparaît lors des soins exigés par l'état de santé de l'enfant hospitalisé. Mais à l'inverse et c'est là le cœur de la problématique, le contexte des soins ne doit pas occulter la question de la légitimité de l'usage de la force. Comme on a pu l'observer tout au long de notre travail, la restriction physique de l'enfant est parfois vécue comme un corolaire inexorable à la réalisation des soins en pédiatrie. Une pratique considérée comme regrettable mais inévitable dans les soins en pédiatrie. Une pratique qui fait partie du travail...Mais de quel travail parlons-nous ?

S'agit-il du travail qui consiste à faire des soins ou du travail qui consiste à soigner ? Alors émerge la question de la définition et des limites du soin et aussi de la conception du travail de soignant. Plus précisément encore, il s'agit de s'interroger sur la conception des soins de manière plus générale. Il nous faut préciser la notion de soin et expliciter ce qui peut être *compris* lorsqu'on parle du soin... Ce qui est *compris* dans le soin, dans le sens de ce qu'il contient et aussi dans la manière dont ce concept peut être interprété.

Le soin : creuset de l'agir et de la responsabilité

En effet, la déclinaison du terme *soin* est large. La notion de *soin* recoupe un ensemble d'actions et d'intentions qui dépassent le champ de la médecine. Le *soin* concerne à la fois ceux qui le reçoivent et ceux qui le donnent. Dans le cas où le soin est donné, il démarre d'une attention à l'autre qui se décline le plus souvent en attention *pour* l'autre, c'est-à-dire en une intention.

L'intention : *intentio* en latin, correspond à l'action de tendre, c'est ce qui part de moi-même pour se tendre vers l'autre. L'intention initie le mouvement, elle se tend, cherche à rejoindre quelque chose ou quelqu'un. Elle pousse à l'action, conduit à passer à l'acte. L'attention portée à la pathologie d'une personne se mue en intention de soigner et pousse à faire une piqûre, un geste médical, un soin...

L'attention que porte la mère, ou le parent à son enfant se matérialise par son intention de le protéger et de subvenir à ses besoins. Pour Hans Jonas, le jeune enfant est même l'objet élémentaire de la responsabilité.

L'enfant incarne « un paradigme ontique dans lequel le simple « est » factuel coïncide à l'évidence avec un « doit » [...] » incarné par « la simple respiration du nouveau-né adresse un « on doit » irréfutable à l'entourage, à savoir : qu'on s'occupe de lui. »³³⁷

Le soin devient ici un devoir nécessaire à la vulnérabilité ontologique du nouveau-né. Sa respiration rappelle sa fragilité, la précarité de sa vie en l'absence de soins. La respiration du nouveau-né oblige à l'action nous dit Jonas. La responsabilité qui surgit à la vue du nourrisson ne peut se réduire au souci contemplatif pour autrui. La responsabilité vis-à-vis de l'enfant s'exerce au travers de soins qui se traduisent par des gestes et des actes. Il s'agit de s'occuper de lui c'est-à-dire de décliner ce « souci de lui » en une activité qui par principe conduit à agir, à se mettre en mouvement.

Il est intéressant d'observer que le mouvement initié par la volonté de soigner pousse les soignants à immobiliser l'enfant. Il s'agit là d'un paradoxe qui se place au cœur de la compréhension du phénomène de la contention forte.

³³⁷ Jonas, Hans et Greisch, Jean, *Le principe de responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, 2013, p. 251.

Revenons à la chronologie des événements qui mènent à la survenue de la contention, en suspendant notre étude au soin comme étape initiale du phénomène. L'impulsion du *soin* propulse donc l'agir d'une multitude de manières.

Le soin provoque des attitudes, des gestes qu'ils soient de nature technique ou non. Le soin se caractérise par des façons de faire, des façons d'être qui s'expérimentent dans des domaines variés. Nous voilà face à une variété de types de *soins* qui sont fondamentalement de nature différente, bien qu'ils se recoupent. Il semble nécessaire pour être fidèle au sujet du *soin* en pédiatrie d'en définir les grandes lignes conceptuelles et de le replacer brièvement dans un contexte historique.

De la notion de soin aux théories du « care »

Les courants de pensées, en sciences sociales, contemporains³³⁸ qui se sont attachés à l'étude du concept de *soin* ont d'emblée fait apparaître la dualité de cette notion. Le mot *soin* désigne aussi bien le souci, la sollicitude c'est à dire *l'attention à l'autre* que la démarche qui vise à répondre aux besoins des autres, à soulager, à guérir, il s'agit alors d'une *attention pour l'autre*. La confusion sémiologique du terme français *soin*, se corrige lorsqu'on fait appel au registre anglophone. Il existe en anglais deux termes distincts pour exprimer l'action de faire des soins en vue de guérir : *to cure*, et le fait de se soucier de l'autre, d'en prendre soin : *to care*. La notion de *care* englobe l'idée de la sollicitude, de l'attention portée à la personne que l'on soigne et elle comprend également les actes de soins relatifs à la continuité et au maintien de la vie, y compris dans ses aspects curatifs.

La polysémie du *care* s'exprime d'autant plus lorsqu'elle concerne les soins à l'enfant. En effet l'enfant exige par définition qu'on lui prodigue des soins, qu'on lui témoigne de l'attention.

³³⁸ La notion du « *care* » est explorée en sciences sociales depuis une vingtaine d'années. Les travaux entre autres de Jean Watson pour les soins infirmiers proposent une conception holistique du care. Les travaux de C. Gilligan et de Joan Tronto sont à l'origine de ce concept du care dans une perspective féministe. En France Pascale Molinier et Sandra Laugier élargissent la notion du *care* à l'action sociale et envisagent ce concept selon des principes qui pourraient guider l'agir dans une société.

L'enfant a besoin que l'on se soucie de lui (*caring about*), pour se développer et grandir. L'adulte doit «se charger de» l'enfant (*taking care of*), en assumant des besoins spécifiques que celui-ci ne peut satisfaire par lui-même. L'enfant par son seul statut et non en raison d'un handicap d'un déficit ou d'une maladie n'est pas autonome. Il faut lui « donner concrètement des soins » (*care giving*), ce qui implique d'être en contact avec lui. Pour finir l'enfant réagit aux soins qu'il reçoit, à la sollicitude qu'on lui témoigne. (*care receiving*). Les quatre phases du *care* décrites par Joan Tronto ³³⁹ se caractérisent dans les soins prodigués à un enfant.

Les soins à l'enfant appartiennent en premier lieu à la sphère familiale. C'est la mère, ou le père, c'est-à-dire le parent qui a le souci de son enfant et qui répond dans la majorité des cas aux besoins de celui-ci. La maladie projette accidentellement le soin de l'enfant en dehors de la sphère intime, dans un univers médical. L'effraction de la pathologie dans la vie de l'enfant conduit à ajouter des soins médicaux aux soins d'usage.

Le passage des soins de l'enfant de la sphère privée à la sphère hospitalière engendre une redistribution des rôles entre ceux qui vont donner des soins c'est-à-dire entre les parents et les soignants. Les parents sont contraints de confier leur enfant *aux bons soins* des professionnels médicaux et paramédicaux. A priori les parents délèguent les soins qu'ils ne sont pas en mesure de prodiguer eux même, c'est-à-dire les soins médicaux. Il est cependant difficile de cadastrer les champs d'application des soins à dispenser à un enfant hospitalisé. Le soignant se substitue parfois aux parents pour les soins « domestiques » tels la toilette, le biberon, les changes...

A l'inverse il arrive, dans des situations de maladie chronique, que le parent réalise des soins médicaux tels que les branchements d'alimentation entérale ou des changements de canule de trachéotomie, lorsqu'un retour à la maison est conditionné par la capacité des parents à assurer de tels soins. On voit alors, les frontières des compétences et des rôles des uns et des autres, bouger selon les circonstances, gardant pour seul indicateur la pertinence de la réponse aux besoins de l'enfant.

³³⁹ Tronto, Joan C., « Du care », *Revue du MAUSS*, no. 2, 2008, pp. 243–265.

Cependant les progrès médicaux ont élargi les possibilités de réponses à ces besoins. Certains d'entre eux ce sont médicalisés et il est désormais possible de répondre médicalement à des besoins physiologiques de base, qui relevaient initialement uniquement du rôle des parents. Les soins deviennent alors des gestes médicaux. On peut nourrir un enfant par l'intermédiaire d'un bouton de gastrostomie, permettre l'élimination des selles grâce à une colostomie. Le biberon se transforme en branchement de l'alimentation entérale, le changement de la poche de colostomie se substitue au change de la couche.

2. De la mutation de l'accidentel en essentiel

Le constat que nous faisons de la délégation des soins d'usage de la famille vers les professionnels de la santé, du glissement des gestes de maternage naturels vers des actes médicalisés annonce une mutation métaphysique significative.

Observons maintenant les besoins naturels de l'enfant d'un point de vue philosophique. Les soins que nous appellerons « de maternage » pour les distinguer des soins médicaux sont *nécessaires* à la survie de l'enfant. Celui-ci est par *essence* un être qui requiert l'assistance de son entourage pour vivre, grandir et se développer. « L'enfant est ontologiquement fragile car par définition non auto-suffisant »³⁴⁰. Il est dans la nature du jeune enfant de dépendre de soins mais lorsque la maladie surgit *accidentellement*, la nature des soins se modifie.

Les soins ne sont alors plus seulement des soins dits *naturels*, simplement liés à son essence, à ces derniers s'ajoutent des soins accidentels, c'est-à-dire des soins médicaux.

La situation de l'enfant caractérisée par la nécessité de recevoir des soins est à haut risque de confusion lorsqu'une atteinte pathologique se greffe aux besoins naturels de l'enfant. En effet, le fait que les soins soient un attribut à la condition de l'enfant conduit, par truchement, à amalgamer des soins qui sont pourtant de natures différentes.

³⁴⁰ Séminaire Master Recherche et Doctorat cours Eric Fiat Ethique d'Heidegger. 18/12/14.

Les soins médicaux et les soins « de maternage », ne sont pas de même nature. Fusionner les propriétés des soins médicaux avec les soins naturels, en considérant qu'ils sont équivalents parce qu'ils répondent tous deux à des besoins, ce n'est pas seulement confondre la nature des soins, c'est aussi corrompre le caractère essentiel du jeune enfant. Certes l'essence de l'enfant se caractérise, entre autre, par l'absence de son autosuffisance naturelle mais la pathologie qui surgit dans l'existence de l'enfant ne peut d'aucune manière le caractériser. Car il faut éviter de confondre entre ce qui va vers l'enfant pour le soigner et ce qui vient de lui.

« La forme de la démonstration et de la nécessité n'est pas la même dans la science de la nature et dans les sciences théoriques ; [...]. Alors en effet que dans les unes et, c'est ce qui est le principe, dans l'autre, c'est ce qui vient de l'être. Ainsi c'est parce que la santé ou l'homme sont telle chose qu'il est nécessaire que telle chose existe ou se produise, et ce n'est pas parce que telle chose existe ou s'est produite que nécessairement la santé existe ou s'en suivra. »³⁴¹

Le principe qui guide les soins médicaux est la survenue accidentelle de la maladie tandis que les soins de maternage proviennent de la nature même de l'enfant. On pourrait ainsi dire que les soins visant à la continuité de la vie de l'enfant, à son développement, les soins dits « naturels » sont liés à l'*essence* de l'enfant tandis que les soins curatifs sont *accidentels*.

Un piège métaphysique

Cette différence est à relever car elle semble justement être occultée dans le quotidien des soins à l'hôpital. L'amalgame entre les soins de nature différente semble être aussi à l'origine d'une construction conceptuelle du rôle des soignants. La confusion entre soins naturels et accidentels peut conduire à attribuer aux soins médicaux une vocation essentielle. Il s'agirait alors de conclure que les soins médicaux viennent de l'être alors qu'ils n'en sont que le principe. Or c'est là que peut se produire une corruption métaphysique.

³⁴¹ Aristote, *Parties des animaux*. : *Livre I*, Paris, Flammarion, 1997, p. 39.

Bien que l'enfant ne soit pas par nature autosuffisant, il n'est pas dans sa nature de recevoir des soins médicaux. Lorsque l'enfant est hospitalisé pour être soigné d'une maladie, il demeure naturellement dépendant de l'adulte pour ce qui est des soins « naturels ». Mais lorsque la maladie se greffe à la dépendance « naturelle » de l'enfant et qu'elle exige une quantité de soins médicaux, parfois indispensables à la survie de l'enfant (tout comme l'alimentation peut l'être pour un nourrisson en bonne santé), alors il arrive que les deux champs de dépendances se confondent.

C'est ainsi qu'il est parfois possible d'être trompé par cet enchevêtrement de besoins vitaux et de se surprendre à imaginer à tort qu'il est dans la « nature », de recevoir des soins médicaux alors qu'en réalité ce qui est dans sa nature c'est de recevoir des soins qui permettent son développement et qui répondent à ses besoins physiologiques (et non pathologiques).

Mais comment éviter ce piège métaphysique lorsque nous sommes aux prises avec la réalité du jeune enfant malade dont les besoins physiologiques et vitaux se confondent ? Comment ne pas mélanger les aspects essentiels et accidentels lorsque l'existence de l'enfant est menacée ? Ne peut-on pas considérer à juste titre lorsque le risque vital de l'enfant est engagé et que son état exige des soins médicaux, que la vocation essentielle de l'enfant consiste à vivre ?

Certes l'enfant n'est pas par nature un être malade qu'il faut guérir, mais il est par essence un être en devenir. Or les soins médicaux appellent le devenir de l'enfant en permettant sa survie malgré l'accident pathologique.

Dans cette mesure il devient possible de considérer les soins médicaux comme étant de nature à répondre au caractère essentiel de l'enfant : celui de la continuité de la vie. Caractéristique ontologique de l'enfant s'il en est : le devenir, fait écho au devoir irréfutable que la fragilité de l'enfant adresse à son entourage, celui de s'occuper de lui. La responsabilité à laquelle nous rappelle Hans Jonas concerne tous ceux qui entourent l'enfant au-delà de la filiation, sans distinction d'attachement ni d'affect.

Comment le soignant pourrait-il échapper à l'emprise du « on doit » jonassien, face à la vulnérabilité de l'enfant, lui le professionnel qui doit répondre au magma des besoins physiologiques et vitaux de l'enfant ?

Lui dont c'est le métier, lui que la vulnérabilité de l'enfant oblige au même titre que tout autre, lui de qui on attend à plus d'un titre, qu'il *s'occupe de l'enfant* qui lui a été confié! Il lui faut répondre aux attentes, faire son devoir, par les moyens qui lui sont conférés : les soins.

On comprend mieux le trouble qui s'insinue lorsque l'on cherche à tracer les frontières qui marquent la nature des soins. Répondant à la fois aux caractéristiques essentielles de l'enfant tout en palliant aux événements accidentels, les soins pédiatriques tiennent tout autant de la sollicitude que de la haute technicité. L'alliance du curatif et du souci de l'autre se décline au quotidien dans les hôpitaux avec plus ou moins de réussite. Difficile parfois d'échapper au sentiment d'urgence impérieuse à *faire* les soins. Difficile de garder la sollicitude au cœur de la bio technicité, dans une tourmente de gestes médicaux aussi invasifs qu'indispensables. Difficile de réaliser des gestes techniques sur un corps malade en gardant à l'esprit la personne qui souffre.

Travail de funambule quotidien menacé par le péril du « trop et du pas assez ». *Trop* de technique, *pas assez* de relationnel, *trop* d'affect *pas assez* de maîtrise.

Telle est donc la question, « *Agir selon la raison correcte* », voilà le défi qu'il faut relever car aucune science, ni méthode, ni règle n'offre de réponse aux *choses particulières*, « [...] puisqu'elle ³⁴² ne tombe sous aucune technique ni prescription et que les agents doivent toujours eux-mêmes avoir l'œil sur les circonstances opportunes, exactement comme dans le cas de la médecine ou du pilotage. ». ³⁴³

Un équilibre précaire, qu'il faut maintenir avec précaution en suspendant son mouvement, en pesant le pour et le contre, en délibérant comme nous y invitait déjà Aristote. Un équilibre jamais véritablement acquis qui s'ajuste à chaque circonstance, à chaque personne, à chaque instant.

³⁴² Il s'agit de l'argumentation ou de la délibération

³⁴³ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, 1104a, p.2003.

Une recherche d'équilibre quotidienne qui témoigne combien la vertu du soignant (et tout particulièrement la prudence) se construit lentement. « [...] la vertu qui est un état décisionnel qui consiste en une moyenne fixée relativement en nous. C'est sa définition formelle et c'est ainsi que la définirait l'homme sagace. »³⁴⁴

Le soignant consolide au fil de son exercice sa capacité, recherchant l'équilibre entre le *trop* et le *pas assez*. Il ajuste son action en exerçant son raisonnement, en délibérant à propos de son agir, en cherchant une juste mesure entre le *trop* et le *pas assez*.

Devenir un homme *prudent* en exerçant la *phronesis* tel est le défi à relever au quotidien lorsqu'on soigne. On a pu voir un peu plus tôt combien la situation de la contention forte de l'enfant lors des soins, caractérise un événement où l'équilibre entre *le trop* et *le pas assez* est spécialement délicat à trouver.

Un équilibre précaire entre cœur et raison

Un équilibre d'autant plus menacé que les progrès scientifiques médicaux font désormais pencher la balance avec la mise à disposition d'une quantité de moyens thérapeutiques salutaires.

Face à ces progrès bouleversants, à une technologie non moins envahissante, il y a comme une nécessité pressante à rassembler raisonnement scientifique médical et souci de l'autre. Les théories de soins modernes ne s'y sont pas trompées et tentent d'approcher de la vérité du soin à la manière pascalienne.

« Nous connaissons la vérité non seulement par la raison mais encore par le cœur. C'est de cette dernière sorte que nous connaissons les premiers principes et c'est en vain que le raisonnement, qui n'y a point de part, essaie de les combattre. »³⁴⁵

De même que pour Pascal, seul le cœur permet de croire en Dieu, c'est-à-dire d'accéder à la vérité, de même la vérité du soin ne semble pas être accessible par le seul raisonnement scientifique.

³⁴⁴ *Ibid*, 1107a, p.2010.

³⁴⁵ Pascal, Blaise, *Pensées*, 282/110, Pau, Garnier-Flammarion, 1976, p.128.

Certes celui que nous soignons n'est pas Dieu mais peut être pourrions-nous profiter de la conception pascalienne pour imaginer un rapprochement entre l'impossibilité de saisir rationnellement la vérité divine et l'impuissance à cerner la totalité de la personne en dehors d'une intuition du cœur.

L'élan initié par le soin qui pousse à agir, ressemble à la puissance intuitive de l'esprit : le cœur pascalien, qui permet de saisir ce qui échappe à la raison seule. L'alliance du cœur et de la raison semble donc pouvoir servir de modèle conceptuel pour penser le soin, pour penser celui que l'on soigne, pour s'approcher de sa vérité sans l'enfermer dans un carcan rationnel sans pour autant remettre en cause les preuves des principes scientifiques.

« Et il est aussi inutile et aussi ridicule que la raison demande au cœur des preuves de ces premiers principes, pour pouvoir y consentir, qu'il serait ridicule que le cœur demandât à la raison un sentiment de toutes les propositions qu'elle démontre, pour vouloir les recevoir. »³⁴⁶

Inutile donc de chercher à rationaliser l'autre, celui qu'on soigne. Il s'agit d'accueillir son mystère, d'admettre qu'une partie de lui nous est inconnu, inaccessible. Un secret, heureusement bien gardé, qui échappe à toute tentative de capture rationnelle et scientifique. Il s'agit d'accepter que cette part inconnue de la personne que l'on soigne, soit le prélude de nos soins.

Accepter que le mystère individuel appartienne au processus des soins sans renier les modèles médicaux qui aident à penser la pathologie. Or renoncer à tout connaître et à tout comprendre semble être une injonction paradoxale pour la médecine scientifique dont la soif de savoir a débouché sur des succès thérapeutiques inespérés et inconnus jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle.

Ce fut George Canguilhem qui en 1943 eu l'audace de réintroduire le sujet malade au cœur de la science médicale triomphante. Audacieuse proposition car à l'heure de l'apogée de la médecine scientifique qui segmente l'organisme humain pour en percer les secrets, il est courageux de remettre au-devant de la scène une conception synthétique de la médecine centrée sur l'individu.

³⁴⁶ *Ibid.*

Canguilhem invite à un retour à une médecine hippocratique qui adapte la thérapeutique au sujet souffrant et non l'inverse. Il recentre les normes médicales sur « le normal » en les dépolarisant du pathologique. Il axe la pensée médicale sur la personne. « Par conséquent la définition de la maladie demande comme point de départ la notion *d'être individuel*. »³⁴⁷

La conception médicale par la voix de Canguilhem renonce à fonder uniquement son savoir sur le rationnel et réintroduit l'individu à l'origine de la compréhension du processus de soin. Il y a ici une bascule de paradigme des concepts médicaux car en réintroduisant une part d'inconnu et d'inaccessible : *l'être individuel*, dans la conception médicale, la médecine accepte en quelque sorte de rallier le cœur à la raison. Les aspects curatifs sont reliés à une attention individuelle. La part mystérieuse de la personne souffrante est désormais réhabilitée, reconnue comme partie prenante dans le processus de soin. Un aspect qui échappe à la raison mais qui n'en est pas moins véritable. Une vérité que seul le cœur, pour rappeler la conception pascalienne, que seul le souci de l'autre, la sollicitude permet d'approcher.

La conciliation de la raison et du cœur, de la science et de l'empirique, des aspects techniques et relationnels, des soins et du prendre soin, place les soignants à la croisée des chemins. Des routes qui au fil des avancées scientifiques et des progrès de la médecine ont semblé prendre des directions différentes.

Tantôt centré sur le malade, tantôt sur la maladie. Une disjonction qui s'est également fait ressentir entre les métiers du soin, entre médecin et infirmier, avec une sorte de délégation des aspects relationnels aux personnels paramédicaux. Mais gardons-nous de tomber dans des clichés réducteurs où les soignants, et plus spécifiquement les infirmiers auraient, pour paraphraser une formule connue, d'un homme politique, « le monopole du cœur »³⁴⁸.

Néanmoins, il faut admettre la tendance historique et culturelle des concepts de soins infirmiers à s'adosser à une conception holistique de la personne malade. Une conception qui a participé à la construction des modèles théoriques professionnels.

³⁴⁷ Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013, p.159.

³⁴⁸ Expression empruntée à une réplique de Valéry Giscard d'Estaing lors d'un débat télévisuel avec François Mitterrand entre les deux tours de la présidentielle de 1974.

Des modèles qui participent à la conformation du savoir et aussi de l'agir des soignants et qui à leur manière déterminent les habitudes professionnelles et avec elles de l'usage de la contention lors des soins.

3. Une délicate déclinaison dans les sciences infirmières

Rappelons cependant que ces modèles ont évolué au regard de la révolution scientifique médicale. La médecine expérimentale de Claude Bernard et les découvertes de Pasteur marquent une transformation radicale du rapport de la médecine au patient. Un malade dont le corps est objectivé à des fins scientifiques. Un corps qu'il faut préserver des éléments pathogènes qui rendent malades. La transformation de la médecine moderne change les rapports avec le malade, ce qui implique nécessairement une adaptation des soins infirmiers.

De l'inscription des modèles conceptuels dans une histoire

Les modèles conceptuels infirmiers tendent à recentrer l'attention sur la personne soignée tout en assurant des soins techniques. Florence Nightingale pionnière dans la conception des soins infirmiers, explique dès mille huit cent cinquante-neuf, que les soins infirmiers doivent faire en sorte de « mettre le malade dans les meilleures conditions possibles, pour favoriser l'action de la nature ».³⁴⁹

Il faut cependant inscrire l'avènement de ces modèles dans leur contexte pour en comprendre la progression. Historiquement, les hôpitaux d'enfants sont dédiés avant le XIX^e siècle, aux orphelins et aux enfants abandonnés. Ils y sont hébergés et nourris. La mission de ces institutions est principalement de recueillir les enfants et non de dispenser des soins tels qu'on l'entend aujourd'hui. Jusqu'au XIX^e siècle, la médecine ne fait pas de distinction entre les pathologies de l'enfant et l'adulte. Le premier hôpital pédiatrique : l'hôpital des enfants malade ouvre en 1802 à Paris, afin de favoriser l'étude des pathologies infantiles.

³⁴⁹ Nightingale, Florence, *Notes on nursing: What it is, and what it is not*, Lippincott Williams & Wilkins, 1860.

Suivront les ouvertures d'hôpitaux pédiatriques à St Pétersbourg (1834), Vienne (1837) et Londres (1852)³⁵⁰. A cette époque, le rôle de l'infirmière est d'apporter affection et soins maternelles aux enfants hospitalisés comme le recommande Florence Nightingale. En 1866 la science *d'élever hygiéniquement et physiologiquement les enfants* remplace ce qui était précédemment un art, avec l'invention du terme de *puériculture*³⁵¹. par le Dr Carron Ce changement de vocable annonce une profonde modification des soins aux enfants qui passent dans un domaine scientifique.

En effet, à la fin du XIX^e siècle les hôpitaux pédiatriques sont totalement restructurés au regard des récentes découvertes de Pasteur dans les domaines de l'infectiologie et de l'hygiène. Les structures deviennent pavillonnaires, des secteurs spécifiques sont dédiés aux enfants porteurs d'affections contagieuses. A Partir de 1920, l'organisation des soins se fait en fonction de l'organe malade, des pathologies, et les aspects psycho affectifs sont ignorés.

A cette époque les soignants livrent une bataille acharnée à l'infection, ils luttent contre le risque infectieux qu'ils connaissent alors qu'ils ne disposent pas encore des traitements antibiotiques.

Ils vivent dans la peur de l'épidémie et de la contagion qui justifie une sévère réglementation de la vie dans l'hôpital. Les règles sont drastiques, la discipline intraitable. Les enfants confiés à l'hôpital sont séparés de leur famille durant de longs mois. La méconnaissance des infirmières et des parents quant au développement cognitivo-émotionnel de l'enfant et à ses besoins psycho affectifs, participe à la construction d'une conception des soins pédiatriques centrés sur le respect de l'hygiène, justifiant ainsi une discipline deshumanisante.

Rappelons que par ailleurs, à partir du milieu du XIX^e siècle, se sont développés des principes éducatifs extrêmement sévères vis à vis des enfants.

³⁵⁰ Les travaux de Jolley et Schields sur l'évolution du concept de « *Family Centred Care* » au fil de l'histoire apportent des informations précises quant aux conceptions des soins pédiatriques. J. Jolley a effectué son travail de thèse (2004-2007) *non publiée* à partir d'une étude qualitative des témoignages de personnes qui avaient été hospitalisées dans leur enfance entre la période de 1920 et 1970 aux Royaume Unis.

³⁵¹ Fouquet Catherine, et Knibiehler Yvonne, *Histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, 1977 (coll. Pluriel).

De nombreux traités pédagogiques prônaient l'humiliation de l'enfant et la recherche de sa soumission absolue à l'autorité de l'adulte. Alice Miller fait l'historique de cette « pédagogie noire » dans son ouvrage « C'est pour ton bien »³⁵², (à noter que ce titre n'est pas sans rappeler une remarque souvent faite à l'enfant pour justifier des actes médicaux douloureux ou contraignants).

D'une prise de conscience des besoins psycho-affectifs de l'enfant

La seconde guerre mondiale va marquer un tournant dans la reconnaissance des besoins psycho-affectifs des enfants. Des milliers d'enfants européens sont envoyés à la campagne pour les protéger de la guerre. Le très grand nombre d'enfants déplacés et séparés de leurs parents pendant la guerre va mettre en exergue les effets négatifs de la séparation affective des enfants. Différents travaux en psychologie infantile étudient ce phénomène : Bowlby, Burlingham & Freud³⁵³, Bowlby et Robertson.³⁵⁴ A partir de ces recherches Bowlby développe une théorie de l'attachement³⁵⁵.

D'autres travaux de psychanalystes tels que Mélanie Klein³⁵⁶, Donald Winnicott³⁵⁷ ou Françoise Dolto³⁵⁸ influencent également par la suite les conceptions des soins pédiatriques.

Au lendemain de la guerre, le gouvernement français a lui aussi à cœur de protéger l'enfant et la mère. Il faut noter par ailleurs la création dès 1947 en France du diplôme d'Etat de puéricultrice ouvert aux infirmières, sages-femmes et assistantes sociales....

³⁵² Miller, Alice, *C'est pour ton bien : Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Paris, Editions Aubier, 1998.

³⁵³ Burlingham, Dorothy et Freud, Anna, « *Infants without families.* », 1944.

³⁵⁴ Bowlby, John, Rosenbluth, Dina et Robertson, James, *A two-year-old goes to hospital*, International Universities Press, Incorporated, 1952.

³⁵⁵ Bowlby, John, *A secure base: Clinical applications of attachment theory*, vol. 393, Taylor & Francis, 2005.

³⁵⁶ Klein, Melanie, *La psychanalyse des enfants*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013.

³⁵⁷ Winnicott, Donald, *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 1989.

³⁵⁸ Dolto, Françoise, *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Seuil, 1976.

L'objectif de cette qualification est de promouvoir la santé de l'enfant de moins de six ans, l'accent est mis sur l'éducation à la santé. Le but principal est de diminuer la mortalité infantile. Le fait que le diplôme de puéricultrice ait été la première spécialisation infirmière, est notable car cela témoigne de l'ancienneté de la réflexion infirmière à propos des soins dispensés à l'enfant. Les années cinquante voient l'essor de la médecine néonatale concomitant à la survie des prématurés.

Pourtant entre 1920 et 1970, la conception des soins en pédiatrie n'évolue quasiment pas. Dans les années quarante, les parents d'enfants hospitalisés peuvent voir leur enfant une fois par semaine mais parfois pas du tout. Rares sont les équipes qui prennent l'initiative de laisser les parents rendre visite à leurs enfants. L'absence des parents n'est pas remise en question par les professionnels, au contraire leur présence est considérée comme source de difficultés.

La plupart des hôpitaux pédiatriques ne changent pas leurs pratiques vis-à-vis de l'accueil des parents malgré la reconnaissance de l'importance du lien affectif pour l'enfant grâce aux travaux en psychologie infantile d'après-guerre et malgré le risque d'hospitalisme mis en avant dans les travaux de Spitz³⁵⁹ dès 1945. Par ailleurs, à la même époque, une étude publiée dans le *British Medical Journal*³⁶⁰, prouve que la présence des parents auprès de l'enfant à l'hôpital ne majore pas le risque infectieux.

A partir de l'exemple de la présence des parents à l'hôpital pédiatrique

Voici un exemple où la science n'est pas venue au secours de l'amélioration des pratiques. En effet, on aurait pu imaginer que des preuves scientifiques puissent aider à assouplir un système dont la rigidité était précisément justifiée par le respect de dogmes scientifiques. Mais force est de constater que ces preuves, pourtant scientifiques, n'ont visiblement pas suffi à transformer certaines habitudes dogmatiques.

³⁵⁹ Spitz, R. A., « Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood », *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 1, 1945, pp. 53- 74.

³⁶⁰ Pickerill, H. P. et Pickerill, Cecily M., « Elimination of cross-infection », *British medical journal*, vol. 1, no. 4387, 1945, p. 159.

Cette parenthèse concernant l'organisation de l'institution hospitalière avec la mise en exergue de la question de la présence des parents, démontre d'une certaine manière l'impuissance de la science dans certains cas à faire fléchir l'opinion commune. Et ce d'autant plus, que la *doxa* est fondée sur des représentations elles-mêmes issues de domaines scientifiques. Ce constat est à retenir au moment d'évoquer la problématique de la contention de l'enfant et indique qu'il convient d'aborder cette question avec sagacité.

Mais gardons espoir car comme nous le montre l'exemple de l'intégration des parents dans l'univers hospitalier moderne, les professionnels vont finalement prendre conscience des aspects psychologiques et des besoins affectifs des enfants et permettre aux parents de prendre leur place auprès de leur enfant malade à l'hôpital. La sphère privée (celle de l'enfant et de ses parents), le domaine domestique des soins est peu à peu réhabilité au sein de l'institution publique hospitalière.

Notons cependant qu'en ce qui concerne les conditions d'hospitalisation des enfants, c'est le militantisme (c'est-à-dire l'engagement) de certains parents pour avoir le droit de visiter leurs enfants avec le soutien notable de quelques infirmières et médecins favorables à l'ouverture des services de pédiatrie, qui va lentement contribuer au changement des mentalités.

La nécessité de l'*engagement* dont parlait Aubenque à propos de l'exercice de la prudence n'apparaît-elle pas à nouveau ici ? « [...] la question reste ouverte chez Aristote de savoir si une connaissance du singulier est possible et si, dès lors, le « hiatus » peut jamais être comblé autrement que par un engagement que l'intelligence ne parvient jamais à éclairer tout à fait. »³⁶¹

L'*engagement* de la personne semble être la clé de voute de la construction du changement, de la mise en mouvement donc de la transformation de l'agir. En l'occurrence, il s'agit ici de l'*engagement* de celui qui pratique et qui en exerçant la délibération, trouve une nouvelle voie, une nouvelle manière de faire qui fera peut-être ensuite l'objet d'une conceptualisation. Il devrait y avoir nécessairement dans la construction des théories de soins, une sorte de maillage des savoirs, alliant connaissance du singulier, intelligence et engagement.

³⁶¹ Aubenque, *La prudence chez Aristote*. p.28.

L'ironie veut que cette conceptualisation issue d'un savoir singulier, d'un exercice prudent mette à son tour du temps à s'immiscer dans les pratiques. Il faudra à nouveau l'engagement du *prudent* pour convaincre ses pairs, ses collègues. Tout comme le prisonnier libéré de la caverne aura du mal à convaincre les autres prisonniers de quitter l'obscurité en se brûlant du même coup les yeux, le soignant prudent aura du mal à convaincre ses collègues de quitter leurs habitudes. Car habitué à l'obscurité, personne n'est enclin à exposer son regard à la lumière brûlante, quand bien même celle-ci éclaire une vérité.

Difficile de ne pas rester aveugle dans ces circonstances, d'autant plus que le lieu de la pénombre correspond à ce à quoi nos yeux sont acclimatés, ce à quoi nous sommes habitués. Acclimaté à un lieu où il est coutumier de prendre les ombres des objets, pour les objets eux-mêmes. Disons pour ce qui nous concerne : un lieu où le « faire des soins » se confond avec le « prendre soin », un lieu où le bien de l'enfant se confond avec le bien de la santé de l'enfant.

Voilà ce qui explique sans doute la difficulté à transformer les habitudes car celles-ci sont rattachées à des convictions. Or la certitude d'user de la force pour le bien de l'enfant, la certitude qu'il n'existe pas d'alternative à la contention forte, légitime celle-ci.

Par ailleurs, la conviction de la légitimité de la contention pour réaliser les soins en pédiatrie semble, malheureusement pour les enfants, être partagée à la fois par beaucoup de soignants mais aussi par beaucoup de parents.

En avançant dans notre réflexion, alors que nous venons de faire le constat qu'il est admis que les parents répondent aux besoins psycho-affectifs de leur enfant et participent à sa sécurité psychique, nous constatons qu'en ce qui concerne le problème de la contention, leur présence n'en tempore pas l'usage.

L'évolution des mentalités en pédiatrie ne semble pas avoir produit d'effet spécifique sur la pratique de la contention forte de l'enfant lors des soins. Effectivement, lors d'une étude qui mesurait la fréquence de la contention forte lors des soins, menée au sein d'un hôpital pédiatrique parisien³⁶², nous avons observé que la variable de la présence des parents n'influait pas la contention forte.

³⁶² Lombart, B. *et al.* « Peut-on mesurer l'utilisation de la contention lors des soins douloureux en pédiatrie? », *Archives de pédiatrie*, vol. 20, 2013, pp. H202–H203.

C'est-à-dire que le fait, que les parents soient présents, ne semble pas diminuer le risque de l'usage de la force pour réaliser les soins. Ce qui nous donne à penser que cette pratique est en quelque sorte, perçue comme acceptable, autant par les soignants que par les parents des enfants.

Il faut donc noter que le recours à la force pour réaliser les soins en pédiatrie est relativement peu interrogé, et n'a pas encore à l'heure actuelle fait l'objet d'un *engagement* marqué ni des soignants, ni même des parents, pour en réduire l'usage. Impossible cependant d'isoler l'*engagement* (à comprendre ici comme caractéristique de personnes prudentes) comme étant le seul point clé de la transformation de l'agir. Nous refusons de le faire car ce serait mettre au centre de la problématique de la contention, les seuls acteurs de la contention, alors que nous savons combien leur action s'inscrit dans un système complexe et que c'est justement parce qu'ils sont eux même aux prises avec ce système qu'ils ne sont pas en mesure de réinvestir la délibération.

Notre propos dans ce développement qui aborde les conceptions théoriques et sociétales des soins prodigués à l'enfant, vise précisément à mettre en exergue combien la sagacité des soignants dépend des conditions qui leur sont offertes par l'institution pour qu'elle s'exprime pleinement.

Or ces conditions s'appuient sur des croyances, des représentations et des habitudes qui donnent pour ainsi dire le *tempo* de l'action. Des croyances qu'il faut distinguer des théories conceptuelles des soins, certes très respectables mais qui peinent à s'imposer en pratique.

Il faut en effet admettre que l'évolution des conceptions sociétales vis-à-vis des enfants met du temps à se concrétiser dans les faits. Et nous pouvons vérifier rapidement comment ce constat s'applique également aux théories de soins infirmiers qui ont précocement prôné la prise en compte de la subjectivité du patient mais qui ont pourtant tardé à s'inscrire en pratique dans les soins.

Progrès médicaux et théories de soins: le pot de fer contre le pot de terre ?

Les évolutions conceptuelles des soins semblent précéder, parfois d'un long délai, les changements de mentalités qui conditionnent eux même la transformation des pratiques.

Or sauf dans de rares situations, il faut admettre que les aspects théoriques, les éléments de preuve, les certitudes scientifiques ne garantissent pas une transformation instantanée des mentalités. L'émergence de modèles théoriques infirmiers centrés sur la personne soignée, s'est faite jour après que les soignants se soient convertis (et non sans mal) au savoir médical scientifique. A peine convaincus, de la nécessité de l'analyse scientifique du malade (à entendre ici dans son sens étymologique : l'art du découpage), les soignants sont invités à s'attacher aux besoins globaux des personnes malades. A peine persuadés, de la nécessité d'objectiver le corps du patient pour le guérir, les soignants sont priés de prêter attention à l'intersubjectivité qui les relie au malade. En effet les théories de soins, basées par exemple sur le nécessaire partenariat infirmier et malade tel que le propose le modèle d'Hildegard Peplau³⁶³ émergent à l'aube de l'ascension fulgurante de la biotechnologie médicale.

D'autres modèles prennent en considération des besoins de la personne comme c'est le cas, pour les théories de Virginia Henderson³⁶⁴, ou celle d'Abraham Maslow.³⁶⁵

Il ne fait aucun doute que ces conceptions ont permis de modéliser les interventions en soins tout en structurant la démarche infirmière. Mais on imagine également aisément combien il a dû être difficile de faire coïncider les conceptions scientifiques médicales modernes et les théories holistiques.

Il faut reconnaître le courage et l'engagement de ces théoriciennes des soins infirmiers, pionnières d'une conception synthétique des soins. Des modèles qui proposent de conjuguer les soins liés à la continuité de la vie et ceux visant à traiter la maladie, dits de réparation. Mais la véritable audace de ces modèles de soins est de tenir compte des compétences de la personne malade pour le soigner. (Une audace partagée, comme nous le soulignons un peu plus tôt, par le philosophe et médecin Georges Canguilhem.)

³⁶³ Peplau, Hildegard E., *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, Paris, [1952], Editions Masson, 1995.

³⁶⁴ Henderson, Virginia, « The nature of nursing », *The American journal of nursing*, 1964, pp. 62–68.

³⁶⁵ Maslow, Abraham Harold, « A theory of human motivation. », *Psychological review*, vol. 50, no. 4, 1943, p. 370.

Une gageure quand on se remémore le fait que ces modèles ont émergé à une époque où la pensée médicale curative prédomine, et où le salut thérapeutique n'est envisagé que d'un point de vue strictement médical. Alors que pour ces théories de soins infirmiers, il s'agit d'allier le *care* et le *cure* en respectant les particularités de la personne.

Ces courants de pensées des soins infirmiers sont rassemblés désormais sous le concept du *care*. (Nous ne reviendrons pas ici sur la définition plus sociétale du *care*, évoquée un peu plus tôt dans notre travail, pour nous concentrer sur celle qui concerne plus précisément les soignants.) Nous devons ce rassemblement conceptuel du *care* dans les soins infirmiers à Marie Françoise Collière qui relie la promotion de la vie à la pratique des soins infirmiers. Elle met aussi « [...] très tôt en lumière, dès 1982 en langue française, la double signification sémantique du terme anglais « care » (traduit par elle par « prendre soin de la vie », « se préoccuper de » et qu'elle relie à soigner) dans la fonction des soins infirmiers (Nursing), à savoir :les liens moraux, en terme de responsabilité envers autrui, souci des autres et sollicitude ;les liens vitaux, en terme de nécessité, ressource(s) pour rester en vie et vivre au quotidien dans le temps. »³⁶⁶

A partir des années soixante les courants de pensées relatifs aux soins holistiques se développent entre autre au travers des théories en soins infirmiers. Jean Watson propose la théorie du « *care* », ou plus précisément du « *caring* », à partir du concept du «prendre soin ». Elle promeut une attitude empathique et une individualisation des soins. L'attention se porte au malade dans son environnement, dans sa singularité. La terminologie anglaise est significative, le « *care* » est préféré au « *cure* » pour son aspect globalisant. L'infirmier accompagne la personne pour recouvrer la santé en s'appuyant sur les ressources personnelles de celle-ci.

³⁶⁶ Vigil-Ripoche, Marie-André, « Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme », *Recherche en soins infirmiers*, no. 4, décembre 2011, pp. 7- 22.

On constate combien les théories des soins contemporaines, celles de Marie Françoise Collière³⁶⁷ et aussi celle de Joan Watson³⁶⁸, mettent la sollicitude au cœur de la pratique infirmière. Mais encore une fois, il nous faut revenir à la difficulté de mettre en œuvre ces théories de soins dans un univers médical et hospitalier où la biotechnologie prédomine de plus en plus.

D'une certaine manière la tension grandit entre l'exigence de la technique et l'application des théories du *care* dans la pratique des soins, ressemblant à une injonction paradoxale, inspirant peut être parfois aux soignants le sentiment d'une situation aporétique. C'est-à-dire avoir le sentiment d'être face à un choix impossible. Il est alors possible d'avoir le sentiment de devoir soit obéir à l'ordonnance de la technique, indispensable à la guérison de l'enfant, soit faire preuve de sollicitude.

Soigner ou faire le soin en quelque sorte. Ce qui conduit sans doute à une certaine confusion dans la définition des termes. Ce risque de confusion est rappelé par Walter Heesbeen dans une conférence

« Il est ainsi utile de se rappeler que les expressions « les soins » et « le soin » ne désignent pas des pratiques similaires et ne sont pas à confondre : « faire des soins » n'équivaut pas à « prendre soin ». On peut en effet faire des soins sans prendre soin et prendre soin d'une personne sans avoir besoin de lui faire des soins. Bien entendu, et fort heureusement, il est possible, de faire des soins tout en prenant soin, mais ne confondons pas ces expressions car elles traduisent des intentions et témoignent de compétences différentes.». ³⁶⁹

La mise en garde de Walter Hesbeen à propos de la signification que l'on donne au terme *soin* fait écho à différents clivages qui surgissent à l'évocation de la notion de *care*.

³⁶⁷ Collière, Marie-Françoise, *Promouvoir la vie*, Paris, Editions Masson, 1996.

³⁶⁸ Watson, Jean, *LE CARING. Philosophie et science des soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan, 1998.

³⁶⁹ Walter Hesbeen. Texte servant de support à la conférence donnée dans le cadre des XXXème Journées de l'AIRR (Association des Infirmières et Infirmiers de Rééducation et Réadaptation), Paris le 21 septembre 2012.)

On peut voir dans les propos qui sont rapportés ici que la confusion porte bel et bien sur l'interprétation du *care* et non sur leur contenu conceptuel qui décrit clairement l'aspect synthétique de ces théories de soins.

Les clivages retrouvés à propos d'interprétations du *care* opposent couramment les aspects techniques et relationnels, le soin et le curatif, le *care* et le *cure*, les missions médicales et paramédicales...

Cette forme de dualisme s'exprime spécialement lorsque la notion du *care* est utilisée pour affirmer une particularité professionnelle, pour faire valoir une compétence spécifique. Or le *soin* s'expérimente dans de nombreux domaines et aucune profession n'en détient le monopole. D'autant moins en pédiatrie, où les domaines de *soins* se croisent, et où les soins se partagent entre soignants et parents. Tout en se réclamant à juste titre d'une conception du *care*, les courants de pensée infirmiers n'en sont néanmoins ni les fondateurs ni les détenteurs exclusifs. La construction de théories professionnelles s'en voit compliquée. Il est cependant possible de conclure à l'existence d'une approche holistique, intégrant le *cœur* à la *raison scientifique*.

Une approche où se joue une sorte de migration des théories du *cure* vers celle du *care*, offrant ainsi une vision plus synthétique des interventions en soins. Mais comment rapprocher le *faire des soins* et le *prendre soin*, dans les faits, au quotidien, dans le feu de l'action ?

Mais comment s'y prendre pour que ces différences (la *care* et le *cure*) se rassemblent dans l'*entre-deux* de l'agir? Ce rassemblement peut-il se faire par l'intermédiaire d'une théorie ? Comment répondre à la question de la *phronesis* dans les soins pédiatriques ?

Nous terminons ce chapitre en observant les liens qui se font jour entre la dialectique du mouvement et du savoir, la nécessaire délibération de celui qui agit et l'inscription de la prudence dans une conception théorique commune et partagée. En parallèle nous observons un certain nombre d'écarts dont il faut tenir compte pour poursuivre de nouvelles pistes de réflexion.

Ecart entre les différents domaines, entre sphère privée des soins à l'enfant et celle des soins médicaux délivrés à l'hôpital, écart entre les exigences techniques de la réalisation des soins et la sollicitude attendues, écarts entre l'idéal et le réel des soins, entre l'habileté et la prudence, écart entre le savoir théorique et l'univers contingent, et pour finir écart entre les théories de soins générales et celle qui correspondent à la pédiatrie.

Nous voilà face une série de différences qu'il s'agit de rassembler afin d'avancer sur de nouveaux chemins pour penser le soin pédiatrique, en mettant en perspective la conception du *care* dans les soins infirmiers, et la prudence aristotélicienne, en les inscrivant dans un cadre théorique qui favorise la délibération.

Chapitre XXIV De l'habileté à la prudence ou de la déclinaison du *care* pédiatrique

1. De la théorie *et* du mouvement vers la théorie *du* mouvement

Dans l'histoire de notre travail sur la contention, tout commence avec la philosophie qui pourrait, d'une certaine manière, être définie comme la mise en mouvement de l'esprit. La philosophie anime les pensées, qui se mettent en mouvement, quittant le territoire des certitudes, en s'avançant vers l'étonnement.

S'étonner de voir les idées quitter leurs lieux coutumiers pour s'aventurer en terre inconnue où les repères disparaissent, obligeant à trouver sa route en tâtonnant, le pas mal assuré.

Une surprise pour le professionnel qui a mis si longtemps à atteindre le territoire de la connaissance, heureux d'habiter un lieu rassurant où maîtrise, savoirs et technique aident à faire face à l'inconstance de l'existence. Un lieu où les règles sont claires : agir pour le bien de l'autre, pour le sauver, pour le guérir, guidé par un savoir scientifique, fiable et validé. Quitter un lieu, où la maîtrise de la technique qui sauve réclame sa dîme d'arraisonnement et de contraintes, mais qui offre en contrepartie une douce sensation de contrôle. Alors oui, l'étonnement surgit là où la légitimité apportait sa caution à la restriction des mouvements de l'enfant pour le soigner, pour le guérir.

De la limite des théories

Un étonnement qui pourrait surprendre, au vu de l'existence des modèles conceptuels des soins. En effet, les concepts holistiques sont promus depuis de longues années déjà dans l'enseignement des soins infirmiers. Les professionnels, en particulier les infirmiers, sont invités à penser les soins dans leur globalité.

Ces conceptions invitent les soignants à prendre en compte les particularités de la personne, en *prenant soin* d'elle, tout en réalisant des soins techniques pour la soigner. Ces théories, pourtant à l'origine de la construction épistémologique du savoir des soignants, ne semblent cependant être d'un grand secours au moment où les différents aspects du soin se télescopent. Seuls, au moment où tirillés entre la volonté de *faire le bien* et le devoir de *bien faire*, il nous faut trancher, décider et passer à l'action, sans attendre de réponse des modèles théoriques. Certes les principes éthiques de l'action y sont inscrits, mais le moment venu, lorsqu'il s'agit d'exécuter l'action, alors vient l'instant où il nous faut faire preuve de courage. Il nous faut devenir le *courageux* décrit par Cynthia Fleury celui qui « [...] d'une certaine manière pratique le *séance tenante* réflexif [...] ». Car il est parfois impossible, au paroxysme de certaines situations de soins, d'en appeler aux principes théoriques, ou à une forme de sagesse en ajournant « [...] pour mieux penser la légitimité de cette tâche. »³⁷⁰

Impossible d'attendre des modèles conceptuels des soins une quelconque résolution anticipée du *séance tenante*, pour ce qui est de l'instant où l'enfant se débat et où l'usage de la force semble nécessaire pour réaliser le geste technique *a priori* salutaire pour lui.

Les théories énoncent la rectitude de l'action mais ne disent rien de *l'entre-deux de l'agir*. Ce que nous nommons *entre-deux de l'agir* correspond au contingent du soin, à l'exercice de la *prudence*, appliqué dans *le séance tenante*, d'une certaine manière avec *courage*.

Voilà bien les limites des préceptes théoriques face aux mouvements du réel. Les théories du soin n'éclairent pas le *mal nécessaire* implicite du *faire des soins*, car celles-ci s'appliquent pour l'essentiel à conceptualiser le *bien faire*.

Certes les théories du *care* restituent à la personne malade les compétences nécessaires pour participer au maintien et à la promotion de sa propre santé.

³⁷⁰ Fleury, Cynthia, *La Fin du courage*, Paris, Le Livre de Poche, 2011, p.43.

Certes elles invitent les professionnels à individualiser les soins, à investir les ressources des personnes en situation de maladie. Effectivement, elles promeuvent l'adaptation à la singularité, invitant à s'appuyer sur l'interaction qui s'établit entre le soigné et celui qui soigne.

Il est tout aussi exact que le *care* vise à rassembler les différents aspects du soin, réunir le relationnel et le curatif, les soignants et le patient dans une même démarche. Mais ces modèles ne font qu'offrir un cadre théorique à la pensée du soignant, un cadre à l'intérieur duquel chacun doit « composer » avec le réel, « fabriquer » de l'agir sur mesure, au quotidien, en fonction de chaque personne et de chaque situation. Or la manière dont le soignant « fabrique son agir sur mesure » n'est pas codifiable même si elle répond à certains codes et concepts. Comment investir l'espace de la contingence, certes délimité par des codes et des concepts professionnels, mais qui demeure à l'instant d'agir, de décider, de se mettre en mouvement pour soigner l'enfant, un lieu de délibération? C'est-à-dire un espace où ni procédures ni certitudes scientifiques ni habileté ni concepts ne suffisent à argumenter la meilleure manière de *faire*, un espace où il s'agit de faire preuve de prudence ou plus précisément où il s'agit d'être prudent.

Mais comment répondre à cette invitation dans des situations aiguës ou de tension, comme c'est parfois le cas avec l'enfant qui refuse de se laisser soigner ? Le fait de mieux connaître les concepts du *care* permettrait-il aux soignants de savoir quoi faire en pratique ?

Répondre par la positive à cette question, reviendrait à suggérer qu'il suffit qu'un concept de soin spécifie la coexistence du *cure* et du *care*, pour éviter aux soignants d'être « aspirés » en pratique quotidienne, par l'une ou l'autre des composantes du soin infirmier. (Nous précisons l'une ou l'autre des composantes des soins, c'est-à-dire que ce soit l'aspect technique ou relationnel. Car il semble aussi grave de négliger les gestes curatifs que d'occulter la relation.)

Certes un homme averti en vaut deux. L'homme averti est sur ses gardes et avance avec précaution car il connaît le danger. Mais, pour poursuivre avec une autre expression courante, « la peur n'évite pas le danger ».

Face au danger quotidien qui consiste à donner la préférence aux aspects curatifs, et donc, d'une certaine façon, face à la menace de la cécité empathique qui guette, la peur aiguillonne la vigilance, convoque le courage et invite à la prudence.

La question est de savoir si ce sont les théories de soins qui font naître chez le soignant cette peur salutaire. Ou autrement dit, l'enseignement des modèles conceptuels peut-il conduire les soignants à l'exercice quotidien de la délibération ?

La réponse ne semble ni simple, ni tranchée en pratique. Car nous constatons déjà plus tôt l'écart entre les aspects théoriques et la pratique. Un écart que l'on retrouve dans l'enseignement de la pratique, celui réalisé par les pairs sur le terrain, et l'enseignement théorique de la pratique, qui lui est fondé sur la théorie du *care*, mais qui semble parfois déconnecté des contingences. La théorie semble impuissante à nous prémunir des aléas inhérents à l'exercice du soin et pourtant indispensable à la construction initiale de leur conception. Bref l'enseignement théorique, socle épistémologique irréfutable des soins par définition contingents, paraît néanmoins incompatible avec l'exercice réel de la délibération.

Comment pondérer les gestes techniques en maintenant au cœur de l'action l'exercice de la compassion et de l'empathie envers celui qui reçoit nos soins ?

Il semble malheureusement utopique d'attendre d'un concept qu'il spécifie la meilleure manière de s'y prendre dans ces circonstances. Car le cas échéant, vouloir figer l'aléatoire et le mouvant dans une théorie conduirait nécessairement à manquer le rendez-vous auquel le *prudent* est invité. Inviter d'un point de vue conceptuel le soignant à *être* prudent semble tout autant inapproprié. En effet être prudent ne se décrète pas mais s'expérimente.

Un fois ce constat posé, impossible cependant de révoquer les théories de soins. Disons que les modèles conceptuels demeurent nécessaires bien qu'ils apparaissent insuffisants à promouvoir à eux seuls la délibération.

Il s'agit donc de construire la pensée du soin sur le modèle de la prudence c'est-à-dire intégrer savoir et expérience en insistant sur la légitimité du soignant à juger de ce qui dépend de lui. Autrement dit, il s'agit de réintégrer mouvement et savoir dans une conception synthétique et opérationnelle.

Une conciliation de la théorie et de la pratique pourtant possible

Les concepts du *care* n'indiquent effectivement pas précisément le chemin à prendre, mais ils ont le mérite de donner aux professionnels matière à comprendre qu'ils n'avancent pas sur le seul territoire des certitudes scientifiques et qu'ils doivent composer avec le mystère de la rencontre.

Il faut voir dans la notion de *care* l'aspect synthétique du soin car la *prendre soin* ne renonce pas aux aspects curatifs qui restent de sa prérogative même s'il englobe la notion du souci de l'autre. Le terme anglais *care* traduit à la fois la notion de soin et de sollicitude. Donald Winnicott associe les deux terminologies et parle de *care-curer*.

« Le « vous êtes malade » me place tout naturellement dans la position de celui qui répond aux besoins, c'est-à-dire aux besoins d'adaptation, d'intérêt et de fiabilité, à celui de *cure* dans le sens du *care* (intérêt, attention). »³⁷¹ Le patient attend donc de nous que nous répondions à ces besoins, quelle qu'en soit la nature, que la réponse appartienne au *care* ou au *cure*. Quelques soient les domaines, il s'agit de se montrer fiables au regard de la dépendance qui nous est adressée.

La rencontre de la fiabilité et la dépendance est interrogée par Donald. W. Winnicott dans un texte sur le *cure*, publié dans un recueil « Conversations ordinaires en 1970 »³⁷².

³⁷¹ Worms, Frédéric et Marin, Claire, *A quel soin se fier. Conversations autour de Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2015.

³⁷² Le texte de D.W. Winnicott est repris dans l'ouvrage publié sous la direction de Frédéric Worms et Claire Marin : *A quel soin se fier ? Conversation avec Winnicott*, PUF, 2015.

« Ce qu'on attend donc de nous c'est qu'il soit possible de dépendre de nous. On demande aux médecins, mais aussi aux infirmiers et infirmières et aux travailleurs sociaux, d'être humainement (et non mécaniquement) fiables, on veut que cette fiabilité (cette possibilité de dépendre de nous) fasse partie de notre attitude générale»³⁷³.

Repenser sa place de soignant vis-à-vis de celui que l'on soigne par l'intermédiaire de la dialectique de la dépendance et de la fiabilité offre une piste innovante car elle nous oblige à quitter une position potentiellement dogmatique. Une position théoriquement asymétrique, qui nous donnerait à penser une forme d'ascendant sur celui qu'on soigne. Notons que le sentiment d'une position ascendante est renforcé par le fait d'avoir à soigner des enfants, déjà caractérisés dans l'esprit collectif par ses manques en comparaison aux compétences de l'adulte.

Donald Winnicott répond en premier lieu à la dialectique de la dépendance et de la vulnérabilité en faisant tomber les éventuelles hiérarchies, « [...] face à un homme, une femme ou un enfant, il n'y a plus que deux êtres humains à égalité. [...] ce qui importe, c'est la relation interpersonnelle, avec toute la richesse et la complexité, et la complexité des nuances humaines que cela implique. »³⁷⁴

Winnicott revisite ensuite la question de la dépendance en postulant sur le partage de celle-ci. « D'une certaine manière le soignant est tout aussi malade que son malade. On pourrait presque dire qu'assumer la fonction de guérir les maladies est aussi une maladie ; ce n'est que l'autre face de la médaille. Nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous.»³⁷⁵

La révocation de toute notion de supériorité ou de déséquilibre dans la relation entre malade et soignant ouvre de nouvelles perspectives pour envisager les soins. Une dépendance réciproque qui redistribue les rôles et redonne une juste place à chacun. Cela ne signifie pas pour autant que chacun occupe une même fonction, un même rôle, une même place. Mais plutôt que chacun occupe une place différente au sein d'une même communauté.

³⁷³ Worms et Marin, *A quel soin se fier. Conversations autour de Winnicott*. p.28.

³⁷⁴ *Ibid.* p.28.

³⁷⁵ *Ibid.* p.28.

Ce n'est justement pas une juxtaposition de *mêmes* mais une cohésion dans un *ensemble de différences*. Des disparités qui se rassemblent, qui se rejoignent en quelque sorte dans une interdépendance.

La différence conceptuelle est notable car admettre l'interdépendance oblige à envisager la nécessité d'être *avec* l'enfant pour le soigner. Devoir affirmer cette *coprésence* revient à admettre que celle-ci n'est pas systématique. On peut très bien prodiguer des soins à un enfant en ignorant le fait d'être rassemblé avec lui dans une interdépendance.

D'ailleurs c'est bien souvent le contraire qui se produit. Tout dans les circonstances donne à penser que l'enfant dépend de nous mais nous imaginons rarement la réciproque. Cette asymétrie du rapport entre l'enfant et nous interdit un rassemblement symbolique avec lui. Cela signifie que tant que nous n'admettons pas une forme d'interdépendance, nous restons séparés de l'enfant. Seule la mise en mouvement réduit l'espace qui nous sépare de l'enfant. Mais nous ne parlons pas de n'importe quelle mise en mouvement.

L'élan du mouvement des soins ne permet pas toujours de rejoindre l'enfant. C'est le cas par exemple avec le mouvement de la contention qui immobilise l'enfant dans l'univers de la technique mais qui ne permet aucunement de rejoindre l'univers de l'enfant.

Si d'un point de vue conceptuel des soins, comme le suggère Winnicott, soigner signifie admettre l'interdépendance, donc rejoindre l'enfant dans une vulnérabilité partagée, cela signifie abandonner ce qui nous protège, abandonner nos certitudes et notre savoir rationnel et scientifique pour rejoindre l'univers de l'enfant. Se rassembler dans *un entre-deux des différences* Mais ce rassemblement demande un effort, il exige une mise en mouvement. Or le plus souvent on attend de l'enfant qu'il produise cet effort, qu'il rejoigne l'univers des soignants, qu'il se range à leur raison. Et tout se produit comme si on attendait de l'enfant figé dans sa détresse qu'il se mette en mouvement pour rejoindre la raison des soignants.

Tout indique pourtant que ce soit l'inverse qu'il faille imaginer. En effet il semble que ce soit au soignant de se mettre en mouvement pour rejoindre l'univers de l'enfant, pour rejoindre son imaginaire. Il semble que cette notion implicite de mise en mouvement soit très peu explorée d'un point de vue pratico-conceptuel des soins.

A partir de l'exemple des soins de développement

En effet l'évocation des aspects qui allient concept et pratique correspond à l'exercice nécessaire de la prudence dans les soins. Il nous faut imaginer de quelle manière favoriser la délibération dans les soins en prenant appui sur ce qui existe déjà. La conception synthétique du *care* dans les soins est l'un des modèles sur lesquels se fondent nos pratiques. Les professionnels de la pédiatrie sont tout particulièrement initiés à ce type de conception.

Comme on a pu le constater un peu plus tôt, l'exercice des soins infirmiers pédiatriques s'inspire des principes du *care* ; cependant les aspects spécifiques du soin à l'enfant demandent à être déclinés. L'enfant est effectivement au centre de la préoccupation. Il est désormais admis que soigner un enfant dans un contexte médical implique également de prendre en compte ses besoins spécifiques, ses liens affectifs, ses parents.

La pratique des soins en pédiatrie s'est beaucoup attachée à ces aspects. Cependant les théories de soins spécifiquement centrées sur l'enfant restent rares. Il existe une théorie généraliste qui recentre les interventions de soins sur l'enfant et sa famille (*Family Centred Care*³⁷⁶) Les praticiens de la *Family Centred Care*³⁷⁷ reconnaissent le rôle primordial que joue l'entourage des bébés, enfants, adolescents et patients de tous âges dans la restauration et le maintien de la santé. Ils reconnaissent que le soutien affectif et social, ainsi que le développement font partie intégrante des soins pour assurer la santé.

³⁷⁶ Family Centred Care : soins centrés autour de la famille. <http://www.ipfcc.org/> Institut for Patient and Family-Centered-Care

³⁷⁷ Shaul, Randi Zlotnik, *Paediatric Patient and Family-Centred Care: Ethical and Legal Issues*, 2014^e édition, Springer, 2014.

Ils favorisent le bien-être des individus et des familles et leur autonomie. Les grands axes du concept de *Family Centred Care* se déclinent autour de quatre valeurs fondamentales qui sont la dignité et le respect, le partage de renseignements, la participation et la collaboration. Cette approche centrée sur la famille est essentielle car elle conduit à élargir le champ des interventions en soins en impliquant l'entourage, élément primordial en pédiatrie.

Pourtant il nous semble que cette approche, en élargissant le champ d'intervention, présente par ailleurs l'inconvénient de disperser l'attention des soignants, qui se décentrent d'une certaine manière de l'enfant lui-même.

Rechercher et promouvoir la collaboration et la participation de l'entourage peut éventuellement conduire à produire moins d'efforts pour entrer en relation avec l'enfant lui-même. Méfiance tout de même, car là encore il s'agit de trouver une juste mesure.

Néanmoins nous postulons sur le fait que le jeune enfant dispose de ressources propres, certes d'autant plus actives lorsque ses parents lui procurent sécurité et affection, mais qu'il s'agit de faire émerger spécifiquement au cours des soins. Il est du ressort du professionnel de se connecter en priorité aux ressources de l'enfant. Mais réussir à faire émerger les capacités de l'enfant à faire face n'est pas si simple. Cette démarche n'est pas intuitive et ce n'est pas parce que nous travaillons avec des enfants que nous sommes forcément en mesure de les rejoindre dans leur univers.

L'exemple de la contention lors des soins illustre cette difficulté. Les soignants contraints par des exigences techniques et des contingences de soins restent « bloqués » d'une certaine manière dans leur univers où le rationnel règne en maître tandis que l'enfant apeuré est de son côté coincé, au sens propre par les mains des soignants qui retiennent ses mouvements, et au sens figuré par la détresse qui l'empêche d'imaginer d'autres possibilités.

La rencontre devient impossible entre l'enfant et le soignant. Parfois les parents peuvent servir de médiateurs à cette rencontre et permettre de réinstaller la sécurité propice à l'émergence de nouvelles stratégies. Mais, nous le constatons plus tôt, la présence des parents ne permet pas toujours d'éviter la contention forte.

Il arrive que les parents soient eux-mêmes débordés par la situation et ne parviennent plus à rejoindre l'univers de leur enfant. Il arrive qu'ils soient eux-mêmes aux prises avec les mêmes représentations que les adultes qui soignent, sans parvenir à envisager d'autres alternatives que la contrainte physique. Il faut admettre ici que les compétences remarquables de l'enfant bien que différentes de celles de l'adulte sont encore dans l'opinion commune largement mésestimées et peu exploitées. Ce constat semble d'ailleurs s'observer dans de nombreux secteurs touchant à l'enfance, tant sanitaires qu'éducatifs.

L'explication de ces difficultés tient peut-être au fait que les conceptions qui se construisent autour du prendre soin de l'enfant soient ce que nous évoquons comme « adulto-centré », c'est-à-dire issues d'une représentation de l'enfant construite à partir de connaissance d'adulte.

Nous pourrions reprendre à propos de l'approche « adulto-centrée », le concept d'empathie égocentrée avancé par Bertrand Quentin à propos de l'effort qui produisent les personnes bien-portantes pour se mettre à la place de la personne en situation de handicap « [...] mais en conservant les réflexes de la personne valide »³⁷⁸.

Cela rejoint l'idée, qui concerne cette fois les enfants, proposée déjà d'une certaine manière par Merleau-Ponty ou d'une autre façon Romain Gary, d'abandonner notre vision d'adulte pour chercher à retrouver le regard de l'enfant qui éclaire différemment le réel.

³⁷⁸ Quentin, Bertrand, *La philosophie face au handicap*, Eres, 2013, p.97.

Ou encore répondre à l'invitation poétique de Paul Eluard en plongeant dans le regard du plus jeune pour y voir ce que l'on n'aperçoit pas de prime abord.

« [...] »

L'enfant sait que le monde commence à peine :

Tout est transparent,

C'est la lune qui est au centre de la terre

C'est la verdure qui couvre le ciel

Et c'est dans les yeux de l'enfant

Dans les yeux sombres et profonds

Comme les nuits blanches

Que naît la lumière »³⁷⁹

Prisonniers de nos représentations d'adultes, de professionnels, de savants de la médecine qui soigne, ne sommes-nous pas comme habitués à une sorte de pénombre, où les ombres de la technique des soins nous semblent être la réalité du Soin. Faisant naître ainsi l'illusion du *prendre soin*. Nous conduisant à confondre les soins et le prendre soin. Ne nous faut-il pas imaginer alors sur l'invitation de Paul Eluard que la lumière naît des yeux de l'enfant qui voient ce à quoi nous restons aveugles ?

Ce changement de perspective requiert l'abandon de nos représentations d'adultes, l'acceptation d'une interdépendance et un effort pour initier un mouvement qui nous conduira à regarder d'une certaine manière avec des yeux d'enfants ou tout au moins à entendre ce qu'ils ont à nous dire de ce qu'ils voient et entendent. Ce qui conduirait à décaler cette vision *égocentrée* dont nous parle Bertrand Quentin. « Une empathie plus authentique impliquerait d'écouter davantage ce que les personnes handicapées peuvent nous dire avant de nous imaginer à leur place. »³⁸⁰

³⁷⁹ Paul, Eluard, *Capitale de la douleur suivi de l'amour la poésie*. collection : *poésie*. Gallimard .., 1981, "Le plus jeune", p.118.

³⁸⁰ Quentin, *La philosophie face au handicap*.p.97.

Une transformation du regard qui initiera une transformation du mouvement, ce qui nous permet de rejoindre l'enfant dans son univers en étouffant l'espoir stérile du mouvement de l'enfant qui viendrait rejoindre l'univers inhospitalier des soins. Or il semble que les développements conceptuels des soins ne s'attachent pas suffisamment de manière précise à identifier de quelles façons rejoindre l'enfant dans son univers afin de l'aider à mobiliser des ressources spécifiques. Rares sont donc les modèles pédiatriques qui développent spécifiquement les aspects pratiques de leur conception des soins.

Cependant il existe dans le domaine des soins délivrés aux bébés prématurés un modèle conceptuel qui propose des aspects concrets pour mettre en lien les connaissances scientifiques du développement du nouveau-né et les gestes quotidiens. Les soins de développement, que l'on connaît mieux leur acronyme anglo-saxon : NIDCAP®³⁸¹.

Ce concept développe depuis déjà une vingtaine d'années une approche centrée sur l'observation du nouveau-né, prône une adaptation interactive des gestes des soignants en fonction des réactions du tout petit. Cette approche³⁸² qui consiste à ajuster ses gestes, donc ses mouvements à ceux de l'enfant transforme symboliquement l'élan des soins à l'enfant.

³⁸¹ Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program

³⁸² Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program issu des travaux de Brazelton et al, met en évidence que le développement du prématuré s'articule autour de 5 systèmes : végétatif, moteur, veille/sommeil, attention/interaction, et régulation.

Le programme NIDCAP rassemble des stratégies environnementales et comportementales afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré(27). Les éléments à prendre en compte du point de vue environnemental sont la réduction des stimuli nocifs, des procédures douloureuses diagnostiques ou thérapeutiques, la diminution globale du niveau lumineux, création de cycle jour / nuit, du bruit lié au matériel et au personnel, des manipulations, et du regroupement des soins. Les stratégies comportementales en adéquation avec l'amélioration de l'environnement du nouveau-né correspondent à la posture et contention (enveloppement, position en flexion, soutien postural), à la stimulation sensorielle non douloureuse (toucher, massage, bercement, parole) et à la succion non nutritive.

Comme le décrit Nathalie Ratynski (28), le programme de développement des soins individualisés en néonatalogie est basé sur trois axes :

1. Lire le comportement de l'enfant. L'observation comportementale s'effectue autour d'une organisation en systèmes : système végétatif, système moteur, états de veille-sommeil, système interaction. Chacun d'entre eux fait l'objet d'une description des signes de bien-être et de retrait ou de stress.
2. Adapter les soins à la réponse comportementale en recherchant l'approche la plus juste en fonction des réactions du bébé.
3. Intégrer les parents dans cette démarche. L'observation conjointe du bébé par les soignants et les parents optimise la démarche et permet l'autonomisation des parents en vue de la sortie du bébé.

Le soignant s'installe initialement en position de recevoir les signes livrés par l'observation attentive du nouveau-né, (ce qui ne représente pas en soi, il faut le préciser, une réelle innovation du point conceptuel des soins ou du *care*, qui développaient déjà ce type d'approche). L'innovation vient à notre sens de la conjonction suivante. Les observations du tout petit sont en lien avec l'état actuel des connaissances concernant le développement psycho-affectif du prématuré.

Par exemple, on a pu découvrir l'hyper sensibilité du nouveau-né aux stimulations sensorielles, qui perçoit lumières et sons de manière décuplée par rapport à un adulte. Il en est de même pour les stimulations douloureuses. (Des conduites à tenir concrètes sont proposées à partir de ces éléments scientifiques.)

Ce qui revient d'une certaine manière à littéralement se mettre à la place du bébé, en se dégageant au maximum des représentations « adulte-centrées ».

Ou plutôt cela revient à écouter ce qu'il nous dit par le biais de son attitude, de ses réactions, de son comportement. Poser ce postulat permet de transformer l'élan des soins. Les gestes, les interventions sont pesées, pondérées voire suspendues momentanément, au regard des réactions de l'enfant.

Il s'agit de rejoindre en premier lieu l'univers de l'enfant et c'est seulement à partir de là que s'initie la rencontre de l'enfant, de son corps souffrant. La différence est de taille car le corps de l'enfant malade n'est alors pas « livré » à l'univers biomédical, celui-ci n'est pas « commis » par la technique, il se « prête » aux soins. Le mouvement initial de l'attention du soignant vers le nouveau-né, guettant le moindre signal émis par celui-ci, permet au soignant d'entrer d'une certaine manière dans le monde du bébé, et c'est seulement à l'intérieur de celui-ci que se produit le soin, seulement après la rencontre de la subjectivité du bébé, que le geste technique s'initie. Et c'est cela qui fait la différence.

L'enfant malade n'est pas livré aux soins, comme convoqué par la biotechnologie mais ce sont les soignants, qui en rejoignant l'enfant, accèdent à lui. Il existe donc un paradigme du mouvement qui doit s'inverser dans la démarche de soin, en particulier en pédiatrie.

La pensée du mouvement des soins est d'autant plus d'actualité lorsqu'il s'agit d'évoquer la problématique de la contention qui s'applique par définition pour réduire le mouvement de l'enfant. Or il apparaît que, dans ce cas, ce soit plutôt du mouvement qu'il faille donner à l'enfant. Il semble qu'à partir de la problématique de la contention il soit possible de dégager quelques éléments conceptuels qui transforment la pratique.

2. De la déclinaison du *care* en pédiatrie

L'exemple du concept des soins de développement en néonatalogie nous semble emblématique du point de vue de la transformation du paradigme du mouvement. Un élan qui s'inverse, qui permet au soignant de rejoindre l'enfant là où il est, et qui par conséquent les rassemble et l'un et l'autre dans ce que nous nommions, déjà plus avant, une sorte *d'entre-deux des différences*.

Un espace propice à la prudence où l'exercice de la tempérance et de la délibération devient possible.

Comme nous le disions plus tôt, des modèles conceptuels influencés par le *care*, prônant la *délibération* existent déjà. Cependant il semble que leur adaptation à la spécificité de la pédiatrie soit insuffisamment investie d'un point de vue pratique. Ce défaut semble se faire plus particulièrement sentir lorsque la situation bascule et qu'il devient difficile de prodiguer des soins à l'enfant. Comment faire pour que le *care*, centré théoriquement sur l'enfant résiste à l'épreuve du réel ? Comment faire pour que le *care*, caractérisé par la sollicitude, ne bascule pas dans la *cécité empathique transitoire*, au moment difficile de la contention ? Il s'agit de s'appuyer sur les éléments du *care*, du *prendre soin*, qui étayent nécessairement notre réflexion mais en développant quelques spécificités et en particulier la question inaugurale de la rencontre de l'enfant d'un point de vue pratique.

Il s'agit de revisiter les contingences du soin en proposant un éclairage centré sur la notion de mouvement. Nous déclinions dans le paragraphe précédent la transformation du paradigme de la mise en mouvement de l'enfant et du soignant en soulignant la nécessité pour ce dernier de quitter ses certitudes, pour rejoindre l'enfant dans une interdépendance. Pour le dire plus prosaïquement, il s'agit de rejoindre l'enfant là où il est, à l'instant du soin, à l'instant inaugural de la rencontre. Il s'agit de tendre la main pour accueillir ses peurs, sa réalité, ses représentations fantasmatiques, peuplées d'imaginaire. Une manière de transformer le maintenir par le *main-tenir*.

Au diapason du mouvement de l'enfant

Pour cela il s'agit de nous mettre nous-même en mouvement pour aller vers lui, vers son univers. Pour y parvenir, il nous faut nous connecter à notre propre imaginaire, tout en renonçant à vouloir à toutes forces que l'enfant entre dans l'univers de la rationalité médicale et scientifique.³⁸³ Il nous faut accepter qu'il use de ses propres stratégies pour s'adapter à la situation, qu'il s'appuie justement sur son univers onirique, imaginaire pour transformer la réalité du soin, pour mieux la supporter, pour la transcender. Et ce n'est pas la même chose de s'appuyer sur les ressources d'un adulte et celles d'un enfant. Le *care* dans sa conception à destination des adultes exige certaines adaptations lorsqu'il s'agit d'enfants. La différence n'est pas dans le fondement du concept du *care*, mais dans sa déclinaison concrète, au moment des soins³⁸⁴. Car plus encore qu'avec une personne en situation de vulnérabilité du fait de la maladie, l'alliance avec l'enfant malade peut s'avérer difficile à obtenir effectivement.

Il s'agit donc de réfléchir aux conditions qui favorisent cette alliance, d'y réfléchir en envisageant le processus complet du soin, en intégrant la chronologie, les étapes de celui-ci, ainsi que la meilleure manière de faire émerger les ressources spécifiques de l'enfant.

³⁸³ Précisons ici que le propos n'est en aucun cas de remettre en question l'absolue nécessité de l'information de l'enfant, mais de pointer l'importance de réaliser celle-ci en amont du soin, en amont du moment où l'émotion est à son paroxysme et où les explications rationnelles n'ont aucune chance de se frayer un chemin jusqu'au raisonnement de l'enfant.

³⁸⁴ Nous proposons en annexe un tableau comparatif de différents concepts du prendre soins ainsi que du concept du NIDCAP® afin d'envisager les éléments pratiques du développement du *care* en pédiatrie au regard des propositions des autres courants. Annexe n°2.

C'est à nous, soignants, de lui offrir les conditions de possibilités de ce déploiement. A nous d'initier son mouvement imaginaire vers de nouveaux possibles pour l'aider à se dégager de là où la peur et la détresse le maintiennent. Le paradoxe veut pourtant que ce soient les soignants, eux-mêmes prisonniers d'une certaine façon de la caverne de leurs certitudes, entravés par leurs représentations, enchaînés à l'injonction de la technique, qui aient à initier le mouvement de l'enfant.

Alors, on conçoit qu'il soit parfois difficile de permettre le mouvement de l'enfant alors qu'on est soi-même entravé d'une certaine manière. Mais n'est-ce pas le mouvement de la pensée qui inaugure l'affranchissement des entraves ?

Ne faut-il pas permettre à la pensée soignante d'être en mouvement, de s'adapter à la contingence, en s'émancipant en premier lieu de la posture que l'on imagine nécessairement figée dans des savoirs uniquement formels ? Ce que nous appelons la mise en mouvement de la pensée correspond selon nous, à la nécessité de procéder à un décalage sémantique.

Parce qu'il ne faut pas confondre rigueur et rigidité, ni confondre posture de soignant avec figure du prudent qui soigne. Parce qu'il ne faut pas confondre le mouvement du soin et celui du *prendre soin*. Le prudent s'appuie sur le savoir (celui de la science, celui de l'adulte) mais prend garde à ne pas s'en contenter. Car le prudent sait aussi qu'il est nécessaire d'accueillir le savoir de l'autre (pour ensuite y prendre appui) en l'occurrence accueillir le savoir de l'enfant sans préjuger de celui-ci ou plutôt en postulant sur des compétences plutôt que sur des manques. Il importe alors de rappeler que le contingent est inscrit au cœur même des théories du *care* et qu'il convient d'y répondre par le mouvement. Car seules les réponses issues de la délibération, c'est-à-dire issues d'atermoiements au sens positif du terme, mais aussi des allers-retours de la pensée et donc des mouvements de celle-ci, ont une chance de correspondre à la contingence des soins. La pensée doit fluctuer sur la gamme complète des possibles et trouver le « la » pour s'ajuster à chaque situation, et à chacun.

Mais comment transmettre aux soignants la nécessité du mouvement de la pensée dans l'application pratique d'un savoir scientifique, comme c'est le cas dans la mise en œuvre des soins médicaux ?

Comment une théorie peut-elle fixer la manière dont le soignant peut se mettre au diapason avec l'enfant? En effet, le défi paraît impossible. Le seul énoncé de la question renseigne sur son aspect inopérant. Difficile d'enfermer l'exercice de la prudence dans un manuel de bonnes pratiques. Illusoire de souhaiter « normer » la juste mesure. Chimérique de fournir une réponse préétablie à la contingence.

Mais l'invitation à devenir prudent pourrait peut-être suivre le modèle des soins de développement qui adapte les mouvements, le rythme et les gestes à l'enfant lui-même. L'enfant qui devient le compas de l'action du soignant, le repère de l'homme prudent qui soigne. D'une manière pragmatique il s'agit de suivre le mouvement de l'enfant, de répondre à son mouvement par un mouvement.

Donner du mouvement au mouvement

« Car lorsque les mères souhaitent endormir leurs enfants qui ont un sommeil difficile, ce n'est pas du repos, mais au contraire du mouvement qu'elles leur donnent, en les balançant sans cesse dans leurs bras ; et au lieu du silence, c'est une mélodie. Disons que, au sens plein du mot, elles enchantent leurs enfants à l'instar des bacchantes frénétiques, en employant le mouvement qui unit la danse et le chant. »³⁸⁵

Platon observe le geste ancestral des mères pour calmer leurs enfants et ce qu'il conclut de ces observations est emblématique pour notre démarche. Car pour endormir l'enfant, c'est-à-dire pour le calmer et l'engourdir (ses mouvements, sa pensée), c'est du mouvement que les mères donnent à leurs enfants et non du repos. Ce n'est pas du silence qu'elles leur donnent mais une mélodie, elles les *enchantent*. Mais quel est donc cet enchantement ? Il s'agit de soumettre l'enfant à l'action de charmes, de pouvoirs magiques. Mais quels sont donc ces charmes ? La magie pourrait-elle se nicher dans la simplicité d'un bercement ?

³⁸⁵ Platon, *Les lois*. VII 789e-790d p.838-839.

L'union de la danse, du chant et du mouvement subjugué l'enfant, c'est-à-dire qu'elle saisit son attention et la transporte ailleurs, vers le pays des songes et du sommeil. Ce sont les sensations qui saisissent l'œil, l'oreille, la peau, enveloppées dans un balancement qui transporte l'esprit de l'enfant. Une forme de saturation des sens qui vient cueillir l'attention de l'enfant pour le transporter ailleurs. Ce phénomène de distraction est aujourd'hui expliqué d'un point de vue neurophysiologique et son intérêt pour réduire l'anxiété et la douleur de l'enfant lors des soins connu et utilisé dans un nombre de plus en plus important d'unités d'hospitalisation pédiatrique.

Mais au-delà d'une stratégie non médicamenteuse efficace, on peut y voir un accès pragmatique à une transformation du paradigme des soins en pédiatrie.

En effet ce type d'approche nécessite de se décentrer de ses habitudes d'adulte, de réinvestir l'imaginaire : le sien, celui de l'enfant. Cette démarche demande également de reconnaître et d'accueillir les émotions de l'enfant sans les disqualifier ni les minimiser.

Le fait de permettre aux soignants de repérer qu'en inversant le mouvement ordinaire des soins, c'est-à-dire en cherchant à rejoindre l'enfant dans son univers plutôt qu'espérer que celui-ci rejoigne notre rationalité d'adulte offre de nouvelles perspectives. En particulier celle de rassembler des différences, celles qui nous séparent de l'enfant. Nous rassembler dans un *entre-deux* où chacun demeure néanmoins séparé de l'autre. La notion de séparation au cœur d'un rassemblement, quoiqu'*a priori* contradictoire, a son importance. En effet il semble que l'abandon de l'illusion d'une forme de fusion indistincte entre les émotions des uns et des autres, des contraintes des uns et des autres, soit salutaire. L'émergence d'un espace conceptuel, d'un *entre-deux* où chacun peut apparaître et par conséquent se rencontrer.

La notion de rencontre se fait jour ici sous un aspect nouveau. En effet tout au long de ce travail sur la contention, la rencontre était implicite. Nous évoquions cependant la rencontre dans le corps à corps des soins, utilisant ainsi le terme « rencontre » dans sa première acception étymologique, puisque initialement la rencontre correspond à l'action de combattre.

Une rencontre qui se joue en deuxième lieu car pour qu'il y ait cette rencontre dans la contention il faut qu'il y eu rencontre de la maladie et des soins, rencontre du besoin d'être soigné et thérapeutiques hospitalières, rencontre de l'enfant et de sa famille avec les professionnels. La rencontre dans la situation de contention est la déclinaison d'autres rencontres. Mais celle-ci pourrait être qualifiée de « corrompue », dans la mesure où la nature de la rencontre initiale est altérée au regard de l'engagement implicite du soignant envers l'enfant dès la première rencontre.

A partir de la situation singulière de la contention, la réflexion s'élargit aux conceptions des soins et avec elles à la notion de « rencontre ». Ce qui nous donne lieu d'imaginer que le *care* en pédiatrie puisse se décliner à partir d'une rencontre transformée.

L'illustration de la rencontre de l'enfant par une « petite anthropologie du toucher » semble fournir l'occasion d'enrichir notre description de la conception de la rencontre dans une philosophie de ce que nous pourrions appeler une philosophie de l'*entre-deux des différences*. Un espace qui semble propice à l'épanouissement du *care* appliquée en pédiatrie.

Nous nous éloignons maintenant quelque peu des aspects plus pratiques de cette conception pour revenir à un regard plus phénoménologique. Un regard qui touche du doigt (pourrait-on dire sans ironie), un apprentissage prudent de la rencontre de l'enfant dans des circonstances particulières.

Un exercice de l'entre-deux à partir de l'exemple du toucher

Il s'agit ici de revenir au chevet de l'enfant et d'observer ce qui se produit, au moment de s'approcher de lui. Nous nous attachons à retranscrire les détails, l'atmosphère et les sensations dans le but de donner corps à notre exposé, et d'illustrer l'idée d'une rencontre transformée dans un *entre-deux*.

Le contact de la peau des mains de l'enfant que notre main approche en faisant son métier. Un souvenir flotte, celui de la douceur de la main de l'enfant affaibli et devenu trop calme.

Le contact extraordinaire de la peau frappe l'esprit qui se souvient de la douceur de la peau lisse de la main de l'enfant devenu trop immobile. Conscience incertaine de l'absurdité du choc entre la douceur de la vie et l'absolue âpreté de la menace.

La fatigue empêchant l'enfant de trop en faire, se gardant de fabriquer quoi que ce soit, de serrer ou de jouer, la main se repose, elle est là, délicatement posée, tranquille. Alors la peau fine s'affine chaque jour un peu plus, délicate enveloppe du fragile qui laisse pour un peu de temps encore la chaleur vivante circuler.

Peut-être est-ce la magie vivante que l'on sent sous les doigts qui émeut. Peut-être est-ce le grain de vie caché sous le grain de peau, qui palpite sous les doigts ? La délicate finesse de la peau, qui enveloppe la fragilité du vivant, saute au sens à l'instant même où la main s'approche. Alors on s'aperçoit de la force de cette chaleur vivante qui nous touche. Toucher la main n'est pas prendre la main, le toucher s'approche de l'autre sans le saisir, le toucher émeut car il laisse une enveloppe de mystère protéger *l'entre-d'eux*.

Un *entre-d'eux* heureux, un espace de liberté où chacun peut être soi. Le toucher rejoint le tact dans le respect, celui d'un espace protégé, sanctuaire du mystère de l'autre, enveloppé par cette fine pellicule de peau lisse et douce. Le contact de la main qui travaille, qui fabrique du soin, qui effleure pour faire ou parfois ne rien faire, simplement pour rassurer. Mais qui cherche-t-on à rassurer ? On ne sait plus très bien. La main qui se pose, qui incarne le « je suis là » bien au-delà des mots ; la main qui se tient là. La douce chaleur de la peau qui lui répond à son tour : « je suis là ». La main de l'enfant qui d'ordinaire dit sans cesse sa présence et la vigilance qu'on lui doit. Une petite main curieuse qui attrape, dans la vie de tous les jours, (en dehors du spectre de la maladie qui assigne à résidence hospitalière), saisit, lâche : les jouets, les objets et les autres mains aussi.

Alors au moment où l'affaiblissement gagne du terrain, le toucher est comme acte de vigilance silencieuse, un contact qui dit silencieusement maintenant ou *main-tenant*, pour parler du présent. De quel présent s'agit-il au juste ? S'agit-il d'un présent qui s'exprime en présence ? Une présence qui ne se vit qu'au présent ? Un présent à soi, un présent à l'autre, la présence d'autrui aussi.

Le toucher est au-delà du contact, il puise sa force dans l'étrange espace, dans l'entre-deux peaux, dans l'entre deux vies. La force du toucher est peut être alors tout simplement dans l'écart, dans ce qui sépare et non pas dans ce qui semble rapprocher. Cet espace infime qui tient à l'écart l'impudique, qui épargne le secret de l'autre, qui tient en respect l'indélicatesse de l'intrusif.

Se souvenir de ces mains frôlées, se souvenir de ces mains d'enfants immobiles, pâles et paralysées qui disent à elles toutes seules la chaleur vivante qui les parcourt, la finesse qui les protège, la douceur qui les incarne.

Se souvenir de ce métier où l'on effleure la vie du bout des doigts, où tout se dit sans mot, où l'on frôle le voile au-delà duquel il n'est permis à personne de voir ce que le bout des doigts ne fait qu'effleurer : la réalité vivante de l'autre. Sans s'en apercevoir, il semble bien que les mains de ceux qui soignent aient construit au fil du temps, au gré des contacts, au détour des rencontres une sorte d'anthropologie.

Un aperçu voilé de l'invisible et de l'inconnu, ou plutôt un entre-aperçu, qui dit pudiquement quelque chose de l'autre tout en le tenant à l'écart.

L'entre-deux du toucher incarne en quelque sorte le moment suspendu indescriptible de la rencontre d'autrui, la découverte de la chaleur vivante qui palpite sous la peau et qui trahit ce qui pourrait ne plus être. Parce que le toucher est la rencontre de deux peaux, parce que la rencontre est rendue sensible par l'infime écart, par l'entre-deux où se faufile un soupçon d'air, un écart infime qui sépare et rassemble à la fois. Un écart qui nous dit quelque chose d'essentiel, qui parle de notre fragilité commune, qui chuchote, à demi-mot, du bout des doigts, la faille de l'être.

Une faille ontologique qui trahit la fragilité de l'être, une faille qui oblige à l'instant où le Visage d'autrui surgit, une faille également inaugurale du Dasein.

Le Dasein inquiet de nature, *ce toujours déjà là* qui se rapporte au monde, un *être-avec* qui puise en lui-même la certitude d'autrui. Une faille qui s'annonce aux premières lueurs de la vie. Une faille qui surgit dès l'entrée de l'*être au monde*, de l'homme heideggérien, l'installant dès sa naissance dans le tragique de l'existence.

Une faille qui annonce au contraire pour l'homme levinassien une quête, celle d'une réponse à un manque à combler. La vie levinassienne est incarnée là où l'existence heideggérienne répudie la corporéité. Mais si Levinas réhabilite la sensibilité en plaçant l'être dans le monde, un monde à qui il rend grâce de lui offrir la possibilité de combler le manque, celle-ci ne trouve pas de place au cœur de la rencontre d'autrui. Autrui surgit par la figure du Visage sans qu'il ne faille le voir tel qu'il est. C'est au-delà du Visage qu'on aperçoit autrui, lorsque l'inattendu surgit. Un inattendu qui est le messager de la fragilité et qui nous oblige.

Alors que la rencontre d'autrui se fait chez Levinas au dehors de soi dans l'épiphanie du Visage, le Dasein *l'étant que je suis chaque fois moi-même*, fait la rencontre d'autrui au dedans de lui-même dans la mesure où il a *l'être-avec comme structure essentielle*³⁸⁶.

Arrêtons-nous un instant, à la suite des conceptions levinassienne et heideggérienne, sur la particularité de la rencontre incarnée de l'enfant. Car l'inattendu, lorsqu'il surgit sous le Visage de l'enfant, n'est-il pas déjà devancé par la fragilité qu'inspire l'enfant de prime abord? Car c'est bien l'enfant tel qu'il est: petit, délicat, la peau fine et fragile, que l'on rencontre. Ne faut-il pas se défendre plus encore face à l'enfant de ses représentations et préjugés pour l'accueillir à la manière dont on pourrait accueillir le Visage de l'autre (adulte)? Ce qui nous fait penser qu'une rencontre l'autre (même enfant) au-dedans, de type heideggérienne, apparaît plus accessible de prime abord.

Mais peut-on imaginer un intermédiaire pour cette rencontre d'autrui? Une rencontre qui ne se ferait ni tout à fait en dehors ni tout à fait en dedans? Une rencontre dans l'entre deux peaux, dans *l'entre-deux*, qui surgirait de l'espace infime qui conditionne le contact, le toucher comme *un troisième œil* qui fait apparaître simultanément l'image de soi et celle de l'autre. Le contact de la chaleur de *l'être là*, de *l'être toujours là*, même inerte, même immobile, qui inspire la sécurité, celle de la certitude de la vie et de la présence d'autrui.

³⁸⁶ Heidegger, Martin, *Être et Temps*, Paris, Gallimard, 1986, p.163.

Tandis que l'ontologie de la finitude rassemble Heidegger et Levinas, ne pourrait-on pas rejoindre une ontologie de la vie par le toucher ? L'ontologie jonassienne de la permanence de la vie, par exemple. Le toucher contingent du vivant, réhabilite du bout des doigts la pensée de la vie en s'opposant à la dérélition heideggerienne.

Une ontologie de la vie qui pourrait surgir du contact, du toucher de *l'entre deux peaux* et s'opposer à l'absence en faisant acte de présence. Présence de *l'entre d'eux* à l'instant où la main de l'un se pose sur la peau de l'autre.

Ne nous faut-il pas imaginer qu'il existe dans la conception du *care* telle que nous la décrivions un peu plus tôt une forme d'ontologie de la vie qui pourrait se décliner de différentes manières, dans la flexibilité des circonstances, et aussi dans la contingence de la rencontre avec l'enfant ?

3. Un espace de rencontre à la croisée des regards philosophiques

Et s'il existait un espace de rencontre intermédiaire à la croisée des regards philosophiques ? Un espace qui pourrait rassembler ce qui sépare et devenir un lieu de rendez-vous éthique des soins ?

Nous parlions un peu plus tôt de l'apparition d'un écart entre soi et l'autre comme condition de rencontre des subjectivités, un espace où la transcendance devient possible. Un espace que nous nommons *l'entre deux des différences*. Cette hypothèse semble rejoindre l'idée d'une nécessaire asymétrie des temporalités pour rendre possible un regard lévinassien. Mais si cette asymétrie des temporalités existe et qu'elle est la source d'une possibilité d'abstraction du présent, condition d'un accueil de l'autre sans préjugé, ni anticipation quelconque, alors il faut aussi admettre la possibilité de simultanéité.

Si on considère la géométrie variable des temporalités, alors il faut admettre la possibilité d'une temporalité contemporaine partagée entre l'un et l'autre dans *un entre deux des différences*. Un espace de rencontre, dont les pourtours se décalent légèrement de « l'hors-de-soi-pour-l'autre » proposé par Michel Geoffroy proche du même vers l'autre lévinassien.

L'entre deux des différences pourrait être un rendez-vous contemporain entre le soignant et en l'occurrence l'enfant, propice à la coïncidence des différences. Il s'agirait d'un lieu de rendez-vous où les subjectivités se rencontrent sans s'inhiber l'une l'autre, un lieu d'altérité. Mais aussi, un lieu d'accueil des subjectivités, à l'interface des perceptions sensibles. Un espace temporel et spatial commun qui serait comme un refuge de l'intersubjectivité à l'intérieur duquel rien ne serait sacrifié. Ni la subjectivité des personnes ni les contingences du soin. Car l'espace de rencontre qu'il nous faut penser au cours des soins a bien des particularités.

Il faut nécessairement tenir compte des conditions dans lesquelles est censée se dérouler une rencontre dés-objectivée au cœur même d'une pratique particulièrement objectivante. Au moment où le corps de l'enfant fait l'objet des soins.

Au moment où les soignants servent la médecine. Au moment où les professionnels se mettent au service de la technique, c'est-à-dire qu'ils en sont les agents, eux même objets de la biotechnologie.

Un espace qui pourrait nous rendre clairvoyants à l'autre et à nous même dans les conditions particulières du corps à corps des soins. Un espace différent de l'ombre à l'origine de bien des confusions. Une ombre de croyances et de représentations, au sortir de laquelle, après quelque éblouissement, il deviendrait possible non pas de voir l'invisible mais d'accueillir le visible.

L'éclairage ricœurien

Et à cet instant de nos interrogations, au décours de nos pérégrinations autour d'un espace éthique encore indéfini que nous parcourons avec une grande émotion l'essai lumineux de Paul Ricœur: « Multiple et étrangeté » à propos des rapports entre les « grands genres » du [...] même et de l'autre et sur l'usage que la phénoménologie herméneutique fait des notions d'altérité et d'étrangeté. »³⁸⁷

³⁸⁷ Ricœur, Paul, Michel, Johann et Porée, Jérôme, *Ecrits et conférences : Tome 3, Anthropologie philosophique*, Paris, Seuil, 2013, p.393.

Il y a pour notre part comme une tentative de rassembler le dissemblable (enfant et soignant) dans un espace commun. Nous cherchons à réifier les temporalités, sans les disqualifier, dans le temps du soin qui nous rassemble avec l'enfant. Il s'agit pour nous de prendre en compte à la fois le temps de l'enfant, celui du soignant, mais aussi le temps suspendu du soin au sein du temps qui file, le temps de l'action et celui de l'inaction.

Nous cherchions des déclinaisons qui concernent à la fois l'être dans sa pluralité (soi et l'autre) rassemblés dans un acte de soin réalisé par l'un, subi par l'autre, rassemblés néanmoins dans le même.

Nous cherchions des liens entre ce qui se fait en acte, ce qui se pense à partir du faire de l'un et de l'autre et ce qui est au-delà de ce qui apparaît. Nous nous sommes appuyés initialement sur la philosophie des formes en cherchant à la dépasser par une phénoménologie des regards (complétée dans la suite du travail par une étude des points de vue). Mais l'assemblage des différents éléments nous semblait plus ou moins artificiel.

Une clé nous est donnée par Paul Ricœur, qui considère qu'il faut distinguer avec soin « le discours métaphysique (en insistant sur le méta-) du discours relevant de la compréhension et de l'interprétation du soi humain.»³⁸⁸, avant de l'incorporer à une introspection phénoménologique. Notre étude nécessaire du *soi* humain (éléments à la fois distincts et communs à l'enfant et au soignant) ne doit cependant pas se dissoudre dans notre tentative de compréhension phénoménologique de la contention.

La démarche phénoménologique ne doit pas reléguer trop vite les Idées, la théorie des formes (distinction entre le sensible et l'intelligible), ni la théorie aristotélicienne des acceptions multiples de l'être (en tant que puissance et acte) aux dépens de la compréhension du phénomène. Pour le dire plus prosaïquement, si nous étions pâtissier ou cuisinier, il serait inapproprié de chercher à découvrir le secret de la saveur d'un plat en négligeant la qualité des ingrédients qui le composent.

³⁸⁸ *Ibid.*p.393.

La théorie des formes se décline entre ce que l'on peut voir du soin, entre les pleurs de l'enfant, les gestes du soignants (le sensible) et ce qui est au-delà de ce que l'on observe, ce qu'il faut en comprendre au-delà des apparences c'est-à-dire l'Idée du soin, (l'intelligible) qui sous-tend le sensible.

Il faut également éviter de négliger la pluralité de l'être, qui peut s'exprimer d'une façon toute différente selon qu'il est en acte ou en puissance. Le corollaire avec ce qui se produit pour l'adulte qui soigne, intrusif en puissance et pourtant soignant en acte aux prises avec un enfant qui est lui-même coincé dans cette pluralité.

Il y a donc une forme de rassemblement de disparités dans un moment (temporalité) des soins et dans un espace (spatialité) qui concourt à la survenue de l'événement de la contention.

Si nous osons un modeste rapprochement entre notre démarche et l'herméneutique du soi travaillée par Ricœur, c'est qu'il y est question à de nombreuses reprises de la dialectique du rassemblement et de la dispersion, dialectique qui semble correspondre à nos propres expérimentations et à nos propres tentatives de compréhension.

Pour Ricœur « [...] la fonction de la méta-catégorie de l'être comme acte et comme puissance de rassembler les membres épars d'une herméneutique de l'agir, dispersée dans les registres du langage, de l'action, du récit, de l'imputation morale, de la politique, tandis que c'est la fonction de la méta-catégorie de l'autre de disperser les modalités phénoménales de l'altérité. »³⁸⁹

Il semble que notre questionnement à propos de l'échange des regards entre l'enfant et l'adulte qui le soigne, nous ait amené à étudier à la fois le regard intérieur (regard sur soi) et aussi ce qui rassemble les regards. L'espace qui réunit les regards (l'entre deux soi(s)) et qui simultanément les disperse. Une étude de ce qui se produit entre deux *soi*, c'est-à-dire la rencontre du même. Or Ricœur souligne que « [...] ce que le méta-genre de l'autre disperse, c'est précisément ce que le méta-genre de l'acte en puissance a rassemblé, illustrant ainsi une légitime idée du même : pour qu'il y ait de l'autre, il faut qu'il y ait du même. S'il faudra tout à l'heure parler de l'autre que l'autre, il faut d'abord dire l'autre que le même. »³⁹⁰

³⁸⁹ *Ibid.*p.397.

³⁹⁰ *Ibid.*p.397.

C'est à ce même titre que notre modeste essai de phénoménologie du moment de la contention comme espace de rencontre de l'entre deux des différences s'inspire humblement de la phénoménologie de l'altérité qui selon Ricœur « [...] placée sous le signe de la dialectique du même et de l'autre, s'entrecroise avec une phénoménologie de l'agir, elle-même placée sous le signe de l'acceptation de l'être comme puissance en acte. »³⁹¹

Le maillage ricœurien entre *phénoménologie de l'agir* et *dialectique du même et de l'autre* pourrait bien tisser l'étoffe du prendre soin.

L'acceptation de l'être comme puissance en acte est comme la clé de compréhension du passage de l'habileté à la prudence. Tout le propos vise à maintenir le savoir-faire, l'habileté tout en laissant l'espace nécessaire à la délibération. La démarche tend d'ailleurs peut-être essentiellement à réhabiliter la délibération dans sa dimension d'action, c'est-à-dire comme acte. L'exercice du care autorisant ainsi la puissance de délibération du soignant à s'exprimer en acte auprès de l'enfant qu'il soigne.

³⁹¹ *Ibid.*p.396.

Conclusion

Comme le souligne le Professeur Annequin³⁹², « La contention de l'enfant lors des soins est restée durant de nombreuses années un *non-événement*, une pratique dont personne ne parle, qui ne soulève aucun questionnement. »³⁹³ A l'heure où la médecine moderne prend son envol³⁹⁴, l'évidence de la pratique de la contention pour réaliser les soins en pédiatrie est telle qu'elle ne suscite aucune remise en question. Tous les moyens sont bons pour guérir l'enfant, pour tenter de le sauver. Prévention, soulagement de la douleur et besoins psycho-affectifs sont relégués au second plan voire totalement ignorés. Est-ce parce que la fin justifierait les moyens, de manière éventuellement plus machiavélique que machiavélienne ? La priorité donnée au « salut » de l'enfant justifierait-elle toute technique ?

De bonnes fins

Cette technique médicale moderne peut parfois être cruelle, il faut l'avouer, mais jamais autant, à première vue, que la cruauté dont fait preuve la maladie, qui vole son existence au jeune enfant. Si ce danger justifie l'usage machiavélien de moyens moralement contestables pour parvenir à de bonnes fins (l'évitement de la mort de l'enfant), jamais en revanche il ne justifie l'usage machiavélique des pires moyens au service des pires fins.

Et c'est bien un pragmatisme machiavélien qui semble avoir animé les professionnels de pédiatrie durant toutes ces années. Les soignants semblaient comme éblouis par les nouveaux pouvoirs de la science médicale, fascinés par ces nouvelles performances prometteuses, il leur fallait alors faire abstraction de ce qui ne concernait pas directement la thérapeutique.

³⁹² Le Pr Annequin est responsable du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur à l'Hôpital Armand Trousseau (APHP) à Paris. Président de l'association ATDE PEDIADOL. Il milite depuis plus de trente ans pour la prévenir et soulager la douleur de l'enfant.

³⁹³ Atelier congrès PEDIADOL 9 Décembre 2015 « Comment prévenir et limiter la contention de l'enfant lors des soins » <http://www.pediadol.org/Ateliers-de-formation-1256.html>

³⁹⁴ Aux environs des années 1950.

Les autres aspects (besoins psycho-affectifs, présence des parents et prévention de la douleur) sont occultés ou relégués au profit des moyens thérapeutiques, c'est-à-dire des moyens qui justifient de bonnes fins : celles de sauver et de guérir.

Il est alors possible de concevoir que la prise de conscience vis-à-vis des besoins spécifiques de l'enfant se soit faite par vagues successives dans le monde de la pédiatrie.

D'une prise de conscience

Les aspects psycho-affectifs commencent à être soulevés après la seconde guerre mondiale puis viennent les questionnements concernant la douleur de l'enfant dans les années mille neuf cent quatre-vingt. Ce domaine a fait des progrès spectaculaires ces trente dernières années. La douleur de l'enfant provoquée par les soins est prévenue et soulagée. Pourtant, un certain nombre de soins demeurent problématiques. Lorsque les situations de soins difficiles en pédiatrie sont interrogées, alors la contention apparaît comme un critère déterminant. La problématique de l'usage de la force fait surface et prend forme, depuis peu, dans la conscience professionnelle. Une vague de prise de conscience qui fait suite aux précédentes (celles des besoins psychoaffectifs de l'enfant et de l'analgésie pédiatrique).

Les questionnements évoluent donc au gré de l'avancée des connaissances et obéissent à une hiérarchisation des priorités. L'ordonnancement des priorités est d'ailleurs encore d'actualité dans de nombreux pays où les moyens minimum pour soigner les enfants sont encore à peine disponibles.

De la relativité des mœurs

Et si, demain, nous écrivions une lettre à nos collègues qui disposent à peine de moyens thérapeutiques nécessaires, à la manière de Montesquieu dans ses *Lettres Persanes*, alors nos questionnements à propos de la pratique de la contention susciteraient sans doute leur étonnement. La question de la relativité des mœurs est alors soulevée.

Une pratique considérée légitime hier devient choquante de nos jours. Une situation licite ailleurs est condamnée ici et vice et versa. Ainsi la morale semble à géométrie variable en fonction de là où elle est interrogée. Montesquieu dans ses *Lettres Persanes* dépasse l'étonnement des uns au sujet des pratiques des autres en instaurant un regard pluriel.

La pluralité des regards, voilà peut-être une manière d'approcher le secret du phénomène de la contention par-delà les différences de points de vue, d'habitudes ou de perceptions.

D'une différence d'ambiance

L'étonnement naît de la découverte au cœur du phénomène de la contention d'une forme de rassemblement des différences. L'apparition d'un *entre-deux* qui rassemble dans *un même monde*, des *ambiances* différentes. La rencontre d'univers *a priori* totalement distincts, celui de l'enfance, de l'imaginaire et de la pensée magique avec celui de l'hôpital, des soins et de la médecine. Une rencontre qui foment déjà implicitement une confrontation. Une rencontre synonyme d'une chronique annoncée d'un clivage et qui pourtant se transforme en une *ronde chaotique*. C'est-à-dire en une *chorégraphie délétère* où chacun lutte à sa manière face à l'adversité. Les uns pour sauver l'enfant et lui pour se sauver. Des retrouvailles inattendues dans un même mouvement signent paradoxalement une communauté.

La contention : une niche d'empathie

Celle-là même où les entités commercent et où se construit l'intersubjectivité husserlienne. Ainsi apparaît au cœur de la contention une *niche* d'empathie, d'*Einfühlung*, (qui se traduit comme le *ressenti de l'intérieur*), ironiquement à l'origine de sa mise en suspension.

C'est justement parce que l'exercice empathique peut se produire qu'il peut aussi ne pas avoir lieu ou être suspendu. Au travers du commerce intersubjectif qui se noue entre adulte et enfant, se rassemble l'expression de l'exercice empathique.

C'est à l'intérieur de ce que nous appelons un *entre-deux* où se rassemblent les *différences* que l'exercice empathique peut s'exprimer; mais c'est aussi de ce même espace que peut naître le danger qui pourrait menacer l'accomplissement de la technique. L'entrée de la contrainte physique de l'enfant par le soignant dans l'espace du soin est un rassemblement inédit : sorte de *zone aveugle* où les repères se brouillent, où les échanges de l'intersubjectivité se transforment. En considérant cette zone de la contention comme espace de contrainte, on s'aperçoit qu'elle emprisonne à la fois l'enfant et l'adulte qui soigne.

Et c'est peut-être là notre principale découverte. La découverte du piège qui capture le soignant alors que nous pensions interroger la capture de l'enfant. Ainsi les soignants et les enfants partagent, dans l'élan de la contention, la contrainte. Bien que celle-ci ne soit pas du même ordre, physique pour l'enfant, moral pour le soignant, la contrainte pèse à la fois sur les uns et sur les autres. Une contrainte qui entrave le mouvement de l'enfant, mais aussi celui de la pensée du soignant qui semble d'une certaine façon être prisonnier de cette situation.

D'une contrainte commune à la cécité empathique

Prisonnier, il semble l'être à la manière des hommes enchaînés au fond de la caverne de Platon, trompés par les ombres du réel, captifs de leurs illusions. Car le soignant semble quant à lui prisonnier à plus d'un titre. Captif d'un savoir scientifique salutaire mais contraignant, enchaîné à d'inévitables contraintes techniques qui réquisitionnent le corps malade pour le guérir, arraisonné par la bio-technicité des soins médicaux. Le soignant est contraint, pour répondre à l'injonction de l'exécution du geste technique, de sacrifier sa subjectivité le temps de la contention. Apparaît alors une forme de *cécité empathique transitoire* qui semble accompagner l'usage de la contention forte.

Le soignant, aveuglé par la nécessité de réaliser le geste technique, met entre parenthèse son empathie et renonce dans le même temps à délibérer. La *cécité empathique* est au service de l'*habileté* qui elle-même se dédouane de la délibération. Or voilà qu'un nouvel espace se fait jour, celui de la mise en mouvement de la pensée, celui de la délibération.

Du Triangle des Bermudes des soins aux territoires de délibération

Et tout se passe comme s'il existait par opposition à l'espace de la contention, c'est-à-dire du territoire de la capture du mouvement, un espace où le mouvement répond au contingent. Comme s'il existait un espace *entre-deux*, où rien n'est figé à l'avance. Un *entre-deux* qui autorise les fluctuations, qui rassemble les différences et qui réintroduit le mouvement par la grâce de la sagacité. Un *entre-deux* habité par l'homme *prudent*, ou *sagace* pour utiliser les traductions modernes, qui détermine la norme de son agir selon les circonstances, son expérience et ses connaissances.

L'aboutissement de cette réflexion est encore une surprise, celle de découvrir qu'au cœur de la problématique de la contention se niche un espace de liberté : celle de l'enfant et aussi celle du soignant. Celui-ci peut, à l'instant de la décision de restreindre les mouvements, décider de plutôt donner du mouvement au mouvement ou de suspendre le geste. Décider de laisser son action entrer en résonance avec celle de l'enfant, d'adapter ses soins aux réactions du petit, de rejoindre son univers. Décider de *s'engager*. Un *engagement* nécessaire, comme le souligne P. Aubenque dans son analyse de la prudence aristotélicienne.

De la chorégraphie du care pédiatrique

Les perspectives d'une philosophie des soins à l'enfant malade fondée sur l'exercice de la délibération conduisent à inventer une nouvelle forme de *care* pédiatrique. Une conception des soins à l'enfant où le soignant s'engage dans une chorégraphie d'actions synchronisées entre les mouvements (physiques et psychiques) des uns et des autres. Une nouvelle façon de penser le système technique qui commet l'enfant et le soignant. En effet, il est possible de réinventer le dispositif de la technique qui soigne. Réinventer le système, en réinvestissant la délibération, le mouvement et la chorégraphie des corps (celui de l'enfant, celui du soignant) au travers de nouvelles modalités : dans un *entre-deux* où les différences s'assemblent pour créer de nouveaux possibles. Un système où la technique ne serait plus metteur en scène mais accessoiriste. Il s'agit alors de faire preuve d'engagement, de se mettre en mouvement pour décider de laisser du mouvement au mouvement de la délibération.

Mais de quelle manière l'engagement se fait-il lorsqu'on se trouve placé à l'intersection des changements ? Ne pourrions-nous pas considérer que le fait qu'un soignant rédige une thèse sur la question de la contention de l'enfant lors des soins indique implicitement que nous sommes au carrefour d'un changement probable des pratiques ?

Au carrefour des changements

Ainsi nous parvenons à la croisée des chemins. Là où les directions sont nombreuses : tenir l'enfant de force ou ne pas le faire, renoncer au soin ou le poursuivre, entendre le refus de l'enfant ou y rester sourd, laisser son empathie s'exprimer ou l'aveugler pour un temps... Une sollicitude qui devrait rester sourde, une empathie qui devrait rester aveugle.

Car c'est bien notre propre empathie qui est aveuglée pour le bien de l'enfant. Une *cécité transitoire de l'empathie* nécessaire pour tenir la promesse de la guérison et du salut. Une cascade d'éléments contradictoires surgit au terme de ce travail en regard de ce qui nous imaginions au démarrage de notre réflexion. Là où le soignant semblait agir par clairvoyance vis-à-vis d'un contexte rationnel de soin, c'est aveuglé que nous le retrouvons. Aveuglé par de fausses perceptions, par des illusions épistémologiques, et aveuglant sa propre empathie pour ne pas voir le réel, pour préserver la réalisation du geste, le soignant n'agit pas par clairvoyance mais par cécité.

De surprise en surprise

De ce premier paradoxe en découle un autre plus surprenant encore. En effet, de cet espace de cécité surgit un espace de liberté. Comme si la contrainte qui s'exerce sur l'enfant, sur l'empathie des soignants, était aussi une source de liberté, puisque cet espace demeure un *entre-deux*, un possible virtuel et contingent. Une liberté qui se joue sur le fil : entre habileté et prudence. Car voilà encore un autre contraste : la complémentarité de l'habileté du geste et de la prudence de l'action. Et ces deux-là ne sont pas ennemies, elles font partie d'un même élan, d'un même monde, celui du *care* pédiatrique.

Un monde dans lequel il faut s'engager. Il ne s'agit pas d'en rester à la contemplation de la belle image d'Epinal de celui qui soigne l'enfant, telle l'image de Carrière qui servit d'épigramme à notre travail. Se suffire de cela dédouane du scrupule. Or le scrupule prévient la fascination pour l'habileté, oblige à se mettre en mouvement ne serait-ce que pour vérifier si effectivement l'action est juste. Un scrupule qui vaccine contre la « bonne intention » inoculée dès le début des études et qui semble éviter trop souvent la remise en question et la prise de conscience. (N'en déplaise à Kant, la bonne intention n'est pas forcément la condition suffisante de la bonne action.) Mais le scrupule se paie en doute et peut-être en hésitation, réclamant ainsi, avec plus de force encore, l'engagement.

Rassembler ses forces malgré la vulnérabilité

Un *engagement* qui doit se mettre en branle face à une succession d'obligations qui pèse sur le soignant. Rappelons en effet combien les circonstances des soins, au paroxysme de la lutte contre la précarité de l'existence, peuvent rendre les professionnels vulnérables.

Une vulnérabilité qui complique l'engagement, qui freine l'exercice de la prudence mais à l'origine de laquelle le prudent peut paradoxalement puiser sa force. Ainsi s'agit-il de transformer la vulnérabilité en force, de transformer l'arraisonnement en liberté, de transformer la contrainte en mouvement, de transformer la cécité en lumière.

Un *engagement* qui résulte d'une véritable métamorphose. Ou plutôt de plusieurs métamorphoses qui pourraient s'apparenter aux trois métamorphoses de l'esprit énoncées par Zarathoustra.³⁹⁵

³⁹⁵ Métamorphoses de l'esprit énoncées par Zarathoustra : Du chameau en lion qui se transforme lui-même en enfant.

D'une fable à un dernier paradoxe significatif

Le soignant à *l'esprit robuste* supporte le fardeau de la fragilité de l'existence, de la menace de la maladie, de la douleur. « C'est à un pesant fardeau qu'aspire sa force, au fardeau le plus lourd. »³⁹⁶ Le soignant qui, d'une certaine façon, se réjouit de sa force se charge de ce qui est lourd à porter. Et n'est-ce pas ce qui est le plus lourd que de porter le poids de la précarité de l'existence de l'enfant ? Quoi de plus lourd que de porter la responsabilité de sa survie ? Se charger ainsi sans fléchir des aspects repoussants de la maladie ? « Descendre dans l'eau sale quand c'est l'eau de la vérité et ne pas écarter de soi les grenouilles froides et les crapauds fiévreux ? »³⁹⁷

Chargé de la sorte, le soignant, tel un chameau se hâte. Il se dirige vers une contrée où il ne trouve rien qui lui permette d'échapper à la dérélition de l'existence. Une sorte de désert. Le lieu où se produit la seconde métamorphose de l'esprit. Il se change alors en lion. Le voilà parti à la conquête de la guérison, du salut ; il veut être le maître de son propre désert, le maître de la dérélition. La métamorphose du savoir a produit son effet. La science a ourdi la transformation des possibles. Il est désormais possible de sauver ou de guérir. L'avancée de la science a, en quelque sorte, transformé l'esprit du soignant, transformant le *chameau* en *lion*. Il veut désormais se battre contre son dernier Dieu, dont jusqu'ici le Salut dépendait. « [...] il veut devenir son ennemi et l'ennemi de son dernier dieu, il veut se battre pour la victoire contre le grand dragon. »³⁹⁸

Le lion détient enfin les armes de son ambition : défier l'inéluctable.

Le *grand dragon que l'esprit ne veut plus appeler ni maître ni dieu* porte le nom de « Tu dois », et c'est lui qui attend au bord du chemin l'esprit du lion qu'on appelle « Je veux ». L'esprit du soignant ainsi transformé en lion défie le dragon ancestral du « Tu dois ».

³⁹⁶ Nietzsche, Friedrich et Goldschmidt, Georges-Arthur, *Ainsi parlait Zarathoustra*, Paris, Le Livre de Poche, 1972., p.39.

³⁹⁷ *Ibid.* p.40.

³⁹⁸ *Ibid.* p.40.

Il est ici possible d'imaginer qu'il s'agit d'un « Tu dois » mourir, d'une condamnation que l'esprit de l'homme lion (l'esprit de l'homme devenu savant) réfute. L'esprit métamorphosé en lion lutte, veut s'affranchir du « Tu dois » et dit « Je veux ». Mais « [...] le voilà obligé de trouver illusion et arbitraire jusqu'au cœur de ce qu'il y a de plus sacré, afin d'arracher sa liberté à son amour[...]. »³⁹⁹ Le « Tu dois » *qu'il aimait jadis comme son bien le plus sacré*. N'est-ce pas là une source d'aveuglement ?

Un aveuglement qui serait la rançon du « Je veux » payée par le soignant pour s'extraire du « Tu dois » mourir, *pour arracher sa liberté* et permettre au « Je veux » d'exulter en tentant de sauver l'enfant des griffes du dragon « Tu dois ».

Pourtant la métamorphose en lion n'a pas suffi et il faut encore une dernière transformation, la plus étonnante de toutes peut-être. Il faut encore que l'esprit féroce devienne un enfant.

Et c'est ainsi qu'au décours de la fable nietzschéenne apparaît un dernier paradoxe significatif pour la compréhension de la problématique de la contention. Nous étions des adultes-lions, prisonniers de la technique, et pensions être ceux en capacité de sauver l'enfant en le soignant, tout en le contenant si nécessaire avec fermeté. Nous imaginions nécessairement notre supériorité sur l'enfant trop jeune pour réfléchir, nous qui détenons la connaissance, et nous constatons qu'il n'en est rien.

Alors que nous travaillons depuis plusieurs années à comprendre comment aider l'enfant à se libérer de la contrainte de l'adulte qui le soigne, nous constatons que c'est l'esprit de l'enfant qui détient la solution de l'énigme.

La réponse à la question énigmatique de la contention se trouve dans l'oubli et le recommencement incarnés par l'enfant alors que nous pensions la trouver dans la connaissance et la poursuite des progrès. Oublier ce que l'on croit savoir : ses certitudes, son aplomb, et revenir *au premier mouvement, au « oui » sacré*. En laissant l'esprit construire *son propre monde*. Ce monde est un monde commun, celui de l'intersubjectivité husserlienne où se rassemblent des *ambiances* différentes.

³⁹⁹ *Ibid.*p.41.

IL inaugure une chorégraphie d'un nouvel ordre : une chorégraphie faite de mouvements d'esprit d'enfant en résonnance les uns avec les autres.

De la fonction de la thèse

Au terme de ce travail nous découvrons que la contention comme difficulté dans les soins peut se métamorphoser en opportunité pour la mise en mouvement de l'esprit de chaque personne qui soigne des enfants. Il s'agit de conclure cette thèse en philosophie pratique par une proposition concrète.

Ce travail à propos de la contention de l'enfant lors des soins est une invitation au débat, contradictoire ou consensuel, peu importe. En effet, l'important est d'ouvrir le dialogue à propos d'une pratique restée tabou. Il s'agit de libérer la parole pour changer les règles. Parler de la contention c'est aussi sortir de la solitude de la décision, partager la responsabilité des règles qui sont fixées.

Ce travail et le concept de cécité empathique qui en ressort pourraient avoir une fonction équivalente à celle de l'arbre aux palabres, à l'ombre duquel il est possible de venir s'asseoir ensemble et échanger au sujet des règles et du fonctionnement de la vie commune. Car il s'agit bien de cela : régler la manière de vivre ensemble, enfant et soignants dans le monde commun des soins malgré les différences d'ambiances qui nous séparent. En somme et pour suivre le conseil de Montaigne : « Frotter et *limer sa cervelle* contre *celle d'aultruy* »...

Annexe 1

Etude qualitative de type ethnographique de la contention lors des soins en pédiatrie

Le phénomène de la cécité empathique dans la contention Etude RESPECT

Authors: Bénédicte Lombart, RN, PhDs (1), Carla De Stefano, PhDs (2), Didier Dupont Msc (3), Leila Nadji, PhDs (4), Michel Galinski MD, PhD (5)

2) Affiliations:

1 – Assistance Publique –Hôpitaux de Paris, Pôle mère-enfant Hôpital Trousseau, Université Paris 6, 75012 Paris, Laboratoire Interdisciplinaire d'étude du Politique Hannah Arendt – Paris Est LIPHA- PE (EA 7373) Paris.France.

2 - APHP, Urgences - SAMU 93, Hôpital Avicenne, Université Paris 13 Sorbonne University, Paris Cité, Laboratoire UTRPP (EA4403), 93000 Bobigny, France ,

3 - Human and social sciences researcher, Montréal, Canada

4 – Laboratoire Interdisciplinaire d'étude du Politique Hannah Arendt – Paris Est LIPHA- PE, (EA 7373) Paris.

5 – AP-HP, DAR, Hôpital Jean Verdier 93140 Bondy Université Paris Seine Saint Denis, France

3) Address correspondence to: Benedicte Lombart MSc, RN, PhDs, AP-HP, Pôle mère-enfant Hôpital Trousseau Université Paris 6 Laboratoire Interdisciplinaire d'étude du Politique Hannah Arendt – Paris Est LIPHA- PE n° EA 7373 Paris.75012 Paris, France, Tel: 0 33 6 85292498 Fax: 0 33 49280211, Email bene.lombart@gmail.com

Title: Caregivers blinded by the care: A qualitative study of the physical restraint in pediatric care

Short title: “empathetic blindness” to restraint while providing pediatric care

Abstract

Objective: To explore the attitude of caregivers toward pronounced physical restraint in pediatric care.

Methods: This qualitative ethnographic study used focus groups with purposeful sampling. 32 volunteer paramedical participants (nurses, hospital aids,

physiotherapists and health educators) were recruited from 5 pediatric facilities at 4 Ile de France hospitals from March to June of 2013.

Results: All of the participants considered the use of pronounced physical restraint to be a frequent difficulty in pediatrics. The greater interest of the child's physical health systematically justified the use of force, with little consideration of contradictory or ethical aspects. Raising the issue of restraint always triggered discomfort, unease and an outpouring of emotions. The contradiction of the use of pronounced physical restraint with the caregiver's perceived notion of their role caused an ethical split to occur between the performance of the care procedure and respect for the child. The participants laid bare the need to be oblivious of the child while exerting pronounced physical restraint. The unanimous feeling of empathy toward the child while describing pediatric care was lacking from discussions by the caregivers about situations involving restraint.

Conclusions: The use of pronounced physical restraint was described as a recurrent problem in pediatrics. Performance of the care procedure seemed to often override the reaction to it by the child. When discussing situations involving pronounced physical restraint, there was no longer any mention of the child by the caregivers. This leads us to propose the concept of "transient empathetic blindness"

Abstract

Objective : Explorer, comment les soignants parlent de la contention forte lors des soins en pédiatrie.

Design : étude qualitative de type ethnographique réalisée au moyen de focus-group avec un échantillonnage intentionnel

Setting : participants recrutés dans 5 services de pédiatrie de 4 hôpitaux d'île de France de mars à juin 2013

Participants : 32 participants paramédicaux volontaires (IDE, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, aide soignants, kinésithérapeute, éducatrice) participants quotidiennement aux soins en pédiatrie

Résultats : La pratique de la contention forte était considérée par l'ensemble des participants comme une difficulté fréquente en pédiatrie.. Elle était soit banalisée soit exceptionnelle selon les groupes interrogés. Les participants déploraient l'utilisation de la contention forte mais n'imaginaient pas tous des alternatives à celle-ci. L'intérêt supérieur de l'enfant justifiait systématiquement l'usage de la force sans que ni l'aspect contradictoire de celui-ci ou éthique ne soit souvent relevé. L'évocation du sujet déclenchait cependant toujours gêne, malaise et émotions. La contradiction de la pratique de la contention forte avec la perception qu'avaient les soignants de leur rôle faisait apparaitre un clivage

déontologique entre l'exécution du soin et le respect de l'enfant. Les participants témoignaient d'une nécessaire occultation de l'enfant le temps de la contention forte. L'empathie exprimée unanimement envers l'enfant lors de la description du travail des soignants était mise entre parenthèse dans le discours qui portait sur les situations de contention.

Conclusion: La pratique de la contention forte était décrite comme une difficulté récurrente, source de souffrance pour les soignants tout en faisant partie du travail en pédiatrie. L'exécution du soin semblait le plus souvent prévaloir sur les réactions de l'enfant, celui-ci disparaissant du discours des soignants lors des situations de contention forte. Ceci nous a amené à proposer le concept de « cécité empathique transitoire ».

Introduction

La restriction des mouvements d'un enfant dans le but de lui procurer des soins quoique mal quantifiée semble assez fréquente et a souvent un aspect implicite dans la pratique de soins infirmiers [1] Or cette restriction n'est pas anodine pour l'enfant car elle pourrait être la cause d'effets à long-terme sur son bien-être physique et émotionnel [2], [3] La contrainte de l'enfant que l'on nomme aussi « contention » a été définie comme « l'application de la force avec l'intention de maîtriser l'enfant »[4] Il est donc reconnu que la contrainte implique la force[5] et qu'elle est par conséquent appliquée sans consentement préalable[6]

L'usage de la force pour réaliser un soin doit être exceptionnel et justifié [7], [8] La terminologie même associée à cette pratique a fait l'objet de débats dans la littérature anglo-saxonne [9], le mot « restraining » [10], étant remplacé par « holding still », [11], ce second terme « semblant plus acceptable ». Il y a peu de mesure de l'incidence de la contention lors des soins. Crock et al dans une étude comparant l'anesthésie générale et la sédation par midazolam lors de la réalisation de myélogrammes et/ou de ponctions lombaires chez des enfants en oncologie avaient pris comme critère principal le degré de contention[12]. Chez les 21 enfants du groupe midazolam, 19 (90%) avaient eu une contention dont 13 cotée comme très ferme [12]

Aux urgences, une restriction physique totale associée à l'usage de la force avait été utilisée dans 11% des soins [13] Dans notre hôpital, le taux de contention forte évaluée chez 599 enfants dans différents services était de 9% [14]

En psychiatrie, 57% des 100 enfants évalués avaient été contenus au moins une fois et 12% au moins 3 fois [15] Mais dans cette situation il s'agissait plus de contenir des enfants agités et ayant des troubles du comportement que de réalisations de soins.

La contention semble être le résultat d'un enchaînement délétère d'évènements. La détresse du jeune enfant, le conduit souvent à s'agiter pendant le soin. Cette agitation renforce la contention, elle-même source de détresse. Il existe une corrélation entre l'agitation de l'enfant, sa résistance au soin et la restriction physique exercée [16] . En anesthésie, le refus du masque par l'enfant lors de l'induction pouvait avoir des conséquences cliniques, sur la qualité de la pré oxygénation par exemple. L'application de force du masque augmentait également le risque de phobie des soins [17] [18] L'agitation lors de l'induction de l'anesthésie en chirurgie dentaire était associée à un plus grand risque de morbidité 24 heures après l'intervention et même au 7ème jour post opératoire. [19]

La contention était vécue, chez des enfants leucémiques, comme plus stressante que la douleur provoquée par le soin [20] Dans cette même situation la contention était perçue comme tellement stressante que les pères refusaient d'être présents lors du geste [21]

Du point de vue des soignants la contention est considérée comme acceptable lorsqu'elle est appliquée dans l'intérêt de l'enfant [22] Or certains auteurs ont suggéré qu'un usage banalisé de la contention par les infirmières pouvait être comparé à une forme d'abus [23],[24] Paradoxalement, un travail avait montré que 69% des 394 infirmières interrogées, jugeaient que la contention aggravait le stress de l'enfant, tout en déclarant agir dans le meilleur intérêt pour lui [25]

Pourtant, un certain nombre de moyens non pharmacologiques prenant notamment en compte les aspects émotionnels de l'enfant sont efficaces pour limiter le recours à cette pratique [26], [27] Des recommandations professionnelles ont été rédigées pour limiter l'usage de la contention [11].

Des moyens alternatifs à la contention, tels que les méthodes psycho corporelles existent pour limiter l'usage de la contention et ont fait l'objet de plusieurs travaux.[28] [29][30] [4]

Les facteurs reconnus comme influençant la décision de contenir l'enfant sont la nécessité du geste, sa nature, la sécurité de l'enfant, son niveau d'agitation, son âge, l'opinion des parents, la sécurité de l'équipe et la capacité d'obtenir le consentement de l'enfant [25]. Par ailleurs, la pénurie de personnel et le manque d'expérience professionnelle ont une influence sur le recours à la contention [31]. Cinq facteurs faiblement corrélés à la contention : le jeune âge de l'enfant ont été montrés : l'âge et l'expérience des infirmières et si elles avaient suivi une formation à la contention « sécurisée »[1]. Une étude qualitative a montré qu'en réanimation, l'infirmière choisissait de contenir l'enfant en fonction du risque de retrait accidentel, du fait du comportement de l'enfant, d'un dispositif médical indispensable au traitement[31]. Il y a peu de travaux sur la perception qu'ont les soignants de la pratique de la contention. Une étude qualitative récente, réalisée à partir de 8 interviews d'infirmières pédiatriques volontaires avait mis en exergue cinq thèmes qui pouvaient aider à comprendre la pratique de la contention : Identification des situations à risque, alternatives à la contention, différentes formes de contraintes, limites de la contrainte, ce qui était fait après la contention [32] Une seule étude, phénoménologique, menée en pédopsychiatrie avait pour objectif de comprendre l'expérience de la contention du point de vue de l'infirmière. Elle avait montré l'ambivalence que ressentaient les infirmières, partagées entre faire leur travail et user d'une pratique qui les mettait mal à l'aise. [33]

Il n'y a aucune donnée sur ce que ressent le soignant lors de l'utilisation d'une contention forte pour un soin somatique, ni sur les stratégies d'adaptation qui surgissent lors de cet évènement.

L'objectif de ce travail était de comprendre comment l'usage de la contention lors d'un soin en pédiatrie pouvait se transformer en un usage illégitime de la force, voire basculer dans de la violence.

Méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative de type ethnographique.

L'exploration de la problématique de la contention s'est faite à partir du recueil de la parole de professionnels paramédicaux pédiatriques, par le biais de focus group.

Cette étude a reçu l'accord du Comité de Protection des Personnes d'Ile de France (Groupe Hospitalier Est, Hôpital St Antoine, Paris, APHP) L'accord écrit des participants a systématiquement été recueilli. Une lettre d'information concernant le déroulement du focus group a été remise au préalable aux 32 participants.

Participants

Cinq focus group, avec au total 32 participants, ont été organisés entre mars 2013 et juin 2013, dans quatre centres hospitaliers dont un centre hospitalo-universitaire, dans des services de pédiatrie générale, chirurgie, et urgences

Le choix des secteurs de soins pour réaliser l'enquête a été déterminé au regard des variables influençant la pratique de la contention retrouvées dans la littérature [34] L'âge des enfants (de un an à cinq ans) , la nature des soins (Voie Veineuse Périphérique , introduction de sonde...) et la spécialité du service (urgences). L'inclusion d'hôpitaux universitaires et d'hôpitaux généraux a permis de documenter différentes cultures hospitalières.

Le chercheur principal de l'étude est infirmière, cadre de santé spécialisée en « *children pain management* », exerce dans un hôpital universitaire pédiatrique une activité transversale dans une équipe de « pain management » depuis dix ans. Ce chercheur à l'initiative de la recherche a assisté à l'ensemble des réunions, tandis que l'animation a été assurée par une psychologue sociale formée à l'animation de focus groupe. Une psychologue clinicienne et un chercheur spécialiste en approche qualitative et du traitement des données par NVIVO ont participé à l'analyse des données.

Data collection

L'échantillonnage était composé d'infirmières, de puéricultrices, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'un kinésithérapeute, d'une éducatrice pour jeunes enfants. Ces participants étaient retenus en raison de leur implication dans les soins quotidiens. La distribution des âges et de l'expérience professionnelle des participants était intentionnelle avec une répartition des âges afin d'optimiser l'exemplarité de l'échantillonnage. L'âge moyen des répondants était de 32 ans, (23-63 ans). Les « [Caractéristiques des répondants](#) » (annexe 2) illustrent la répartition des âges et de l'expérience professionnelle.

Ces réunions ont fait l'objet d'un enregistrement audio et vidéo. L'enregistrement vidéo des focus group a été réalisé avec un champ large afin de saisir les interactions entre les participants.

Le sujet annoncé aux participants était «la réalisation des soins en pédiatrie » afin de préserver la spontanéité de l'expression des participants sur le thème de la contention.

La grille d'interview semi-directive a été rédigée collégialement avec plusieurs chercheurs issus des domaines des soins infirmiers, de la psychologie et de la sociologie. ([Trame de l'interview annexe 1](#)). L'animation des débats au sein des focus group s'est structurée de manière à recueillir dans un premier temps les perceptions générales des participants au sujet de leur rôle auprès des enfants, puis s'est orientée sur les difficultés rencontrées par les soignants, pour ensuite aborder directement la problématique de la contention par le biais du visionnage d'une vidéo d'un soin au cours duquel la contention était utilisée.

Analyse

Une retranscription intégrale des focus group a été réalisée. Le visionnage des enregistrements vidéo des réunions a été effectué au préalable de l'encodage des verbatim. L'ensemble des données, verbatim et enregistrements vidéos, a été traité à l'aide du logiciel NVIVO 10 (QSR International, Ltd. 1999-2013). Les données verbatim des trois premières

réunions ont fait l'objet d'un **double encodage** par deux chercheurs (chercheur principal et psychologue sociale). L'encodage des focus group a fait ensuite l'objet d'une triangulation par les deux autres chercheurs (psychologue et chercheur données qualitatives). La saturation des données a été obtenue au cinquième focus group.

Les données ont été organisées en arbre analytique, celui-ci a fait l'objet d'une analyse thématique qui a abouti à un [arbre thématique](#) (annexe 3) discuté et validé auprès de deux autres chercheurs.

Résultats

1. Un paradoxe regrettable, rarement contesté

- (1) **obligation** « 2-08- L'enfant va se braquer, il va être dans le refus et là, on va être obligés de le contenir, parce qu'on est obligés de faire un soin, ... »
- (2) **sentiment d'échec** « Les soins difficiles c'est quoi? C'est l'échec! De les contenir... »
- (3) **contradictoire** 2-14 : *On ne fait pas ce métier pour faire mal aux enfants, pour les contenir, ce n'est pas le but, quand on fait ce métier!*
- (4) **paradoxe** « 2-08 J'ai moi-même mal, pour l'enfant, je me dis, j'ai fait ça, ce n'est pas bien, même si, c'est pour son bien, ce n'est pas quelque chose que, ...Ce n'est pas agréable donc »
- (5) **cercle vicieux** 2-09-P « En général, ça ne se passe pas bien, parce que c'est un cercle vicieux, un enfant contenu va avoir envie de se débattre »
- (6) **choix d'équipe** 5-34: *Un enfant qui est tellement agité on ne va pas utiliser de moyens de contention pour pratiquer un soin sur un enfant en pédiatrie, INT : C'est un choix d'équipe ? 5-34: Morale et Éthique, de ne pas utiliser...*

L'évocation de la détresse et de l'anxiété de l'enfant, principales sources de difficultés lors des soins selon les participants, introduisait la notion de la contrainte. L'agitation et le refus engendraient inévitablement la contention de l'enfant pour la majorité des répondants.(1)

Cet enchaînement délétère était souvent lié aux situations cliniques telles que les poses de sondes (Urinaires, nasogastrique, aspiration rhinopharyngée, lavement évacuateur). La contention forte était perçue comme un échec, difficile à vivre (2) à la fois pour l'enfant et aussi pour le soignant. L'aspect contradictoire avec la conception qu'ont les soignants de leur rôle, ainsi que le paradoxe de contenir de force pour le bien de l'enfant étaient soulevés.(3), (4). Le fait que la restriction physique aggrave l'agitation était également pointé comme antinomique

(5).Pourtant le recours à la contention forte était décrit comme une pratique relativement ordinaire sauf dans un groupe où recourir à la contention était tout à fait exceptionnel. Ce groupe était le seul à prononcer le mot *éthique* au sujet de la pratique de la contention. (6) La présence de certains arguments dans le discours ainsi que la nature de la perception de la contention a permis de distinguer les répondants qui percevaient la contention comme banale et ceux qui la considéraient comme exceptionnelle, pour ces derniers, la contention devait être utilisée en dernier recours.

On distinguait globalement un positionnement d'équipe à ce sujet. Les soignants d'un même groupe se contredisaient très peu, complétant souvent la phrase du collègue qui parlait. L'approbation verbale et non verbale des propos était très fréquente entre collègues d'un même groupe. Des hochements de tête approbateurs, de personnes d'un même groupe quand l'un d'entre eux parlait, étaient observés à plusieurs reprises sur les vidéos. Le même type d'argumentaires et d'opinions était retrouvé à l'intérieur de chaque focus group. La manière de décrire la contention forte variait selon les groupes. Moins les alternatives étaient envisagées et plus la description de la contention était technique, détaillant la manière de procéder.

Tableau 7 Distribution des arguments en fonction de la perception et de la fréquence du recours à la contention

Perceptions Arguments	Contention perçue comme banale, pratiquée fréquemment	Contention perçue comme exceptionnelle
Contention inévitable	Présent	Absent
Alternatives possibles	Rare	Présent
Fatalisme	Très présent	Absent
Emotion	Rare	Présente
Description technique	Très présent	Rare

La manière de décrire la contention s'opposait au registre utilisé pour parler du rôle des soignants vis-à-vis de l'enfant malade (Tableau 2)

Tableau 2 Opposition des termes (rôle/ contention)

Les mots pour décrire le rôle	<i>Souplesse, douceur, calme, attention, patience</i>
Les mots pour décrire la contention	<i>Sport, force, violent, barbare, interdit, maltraitance</i>

2.D'un terme tabou à un sentiment de malaise

(1)**Violence du terme** 1-01: *Je ne sais pas s'il y a différent niveau de contention... la contention, c'est quand même, très, très fort, enfin... très... j'espère que...* 1-03: *C'est violent comme mot,* 1-01 : *Oui, c'est ça, c'est violent,*

(2) **Refus du terme** 3-16: *Alors que là, c'est juste, maintien pour que le soin ne soit pas trop* 3-18: *C'est du maintien apaisant, et pas contraignant !* 3-16 : *Moi, je ne dirais pas qu'on fait de la contention, c'est interdit, c'est fort* **Int** : *C'est le terme qui est fort?* 3-15: *ça fait maltraitance, en fait !* 3-16 : *Il y a de la violence, y'a de la maltraitance,* 3-17: *Nous, on cocoone, il faut cocooner !* 3-16: *Il y a un rapport de force, dans le terme contention !*

(3)**Emotions** 2-08-C *Moi, c'est fort. Je ressens beaucoup de culpabilité, je n'aime pas du tout, je ne me sens pas bien après une émotion comme ça.* 2-12-G *Et puis de l'émotion.* 2-08-C *je ne sais pas comment dire, ça me fait mal en fait, d'avoir fait mal,*

(4) **sentiment d'épuisement** « 4-25: *Il y a des fois, c'est dur. Il y a des fois, ne serait-ce qu'avec un enfant, on a l'impression d'avoir été usée, c'est épuisant... »*

(5) **Sportif** « *C'est du sport* », « *c'est sportif* », « *lutte* », « *c'est physique !* », « *après on est vidé...* »

(6) **Culpabilité** « 2-09: *Mais après, en général, on a conscience que c'est..., au final, c'est nécessaire, et c'est bon pour eux mais, ça n'empêche pas la culpabilité. On sait qu'on doit le faire, mais...* ».

Des phrases telles que « *ce genre de chose* » se substituaient au terme « *contention* ». Il y avait une recherche de synonymes pour nommer cette action. Les discussions autour de la terminologie « *contention* » traduisaient un malaise (1). Parfois l'action de maintenir était immédiatement "adoucit" par l'évocation de notion de réassurance, de regroupement reconfortant, qui modulaient la notion de force qui pouvait se dégager des témoignages concernant la contention de l'enfant. Il semblait difficile par exemple d'associer les mots « *soin* » et « *force* ».

La plupart des participants partageaient **le refus du terme contention**. Les mots : violence, agressivité ainsi que la notion de maltraitance apparaissent pour qualifier les situations de contention forte. Celle-ci est renommée, des synonymes sont suggérés pour adoucir **la connotation négative** de la contention. (2) Des silences punctuaient certains témoignages, tandis que les personnes évitaient de se regarder. Les situations de contention ont fait surgir un registre d'**émotions** variées qui se déclinait entre indignation, colère, tristesse ou malaise(3). Les sentiments de fatigue voire d'épuisement(4) liés à la pratique de la contention s'exprimaient au travers d'un vocabulaire d'action, appartenant

au registre sportif (5).

Un **sentiment de culpabilité** vis-à-vis de l'usage de la contention était parfois exprimé directement (6), mais le plus souvent la gêne ou le malaise des soignants vis à vis de cette pratique s'exprimait par le biais de justifications.

3. Les contraintes qui légitiment le passage en force

- (1) **Réalisation impérieuse du soin** « 3-17-A : *Et bien, il fallait le perfuser, il fallait le perfuser ! Et après, il sortait donc, il fallait vraiment le faire ! On est un peu obligé, s'il vient se faire soigner et qu'on ne peut pas le soigner. »*
- (2) **Obligation** « 2-14: *Il y en a qui refusent, et on a beau leur expliquer, on a beau faire tout ce qui est possible et imaginable pour qu'il comprenne, qu'il accepte et que ça se passe bien, ... on est obligés de le faire!* »
- (3) **Double contingence** 1-04-V : *Du coup, elle aussi, elle est oui, entre deux feux en fait: Je pense que quand le médecin a décidé, ... enfin..., ce n'est pas le médecin qui va le faire, ...Du coup, ce sera l'infirmière et... l'infirmière on lui impose ça, on lui impose cette façon ..., cette façon de faire!* 1-05 : *Et puis après, dans la contrainte de temps qu'on a par rapport aux autres soins, 1-04 : Voilà, 1-05 : voilà, on va se dire, il faut qu'on fasse comme ça, et bien tant pis, faut le faire, malheureusement,*
- (4) **Urgence** « [...] *parce que c'est de l'urgence et qu'il faut le faire maintenant et que voilà, c'est vrai que vous avez des enfants qui vont se débattre »*
- (5) **Limites personnelles** « 4-30-S: [...] *mais 'il faut penser qu'on n'est pas des robots et que ça dépend de la forme. [...] c'est ce qui fait qu'on n'est pas des robots et qu'on n'est pas parfaits ... Alors, on peut utiliser de tout, la patience, tout ce qu'on a dit ce matin, parce qu'on fait, ce qu'on a appris et développé avec l'expérience mais voilà... mais il n'y a pas de perfection. 4-23-: Il n'y a pas de honte à le dire. »*
- (6) **Prise de conscience** « 2-12: *Ça nous fait prendre conscience qu'il faut qu'on essaye de trouver d'autres méthodes...Pour éviter ça ! »*
- (7) **Dans l'intérêt de l'enfant** « [...] *au final, c'est nécessaire, et c'est bon pour eux »* « 2-14 [...] *il y a des enfants qui se tortillent dans tous les sens, et ils savent en plus qu'ils en ont besoin, dès que c'est fini, ils sont sereins, parce qu'ils savent que c'est pour leur bien... ».*
- (8) **Compétences et technique** « 4-31 *Quand techniquement, je n'y arrive pas, ça me renvoie à mes compétences mais, je ne sais pas, on perd confiance en soi un petit peu, on se dit bon, là... Je ne sais pas comment expliquer. »*

L'évocation de situations de contention était systématiquement suivie de justifications directes, parfois plus implicites. Les participants changeaient aussi de sujet au moment où la contention était abordée plus précisément. Le degré, la nécessité de faire le soin et l'obligation impérieuse de réaliser le geste technique justifiaient fréquemment la contention (1). L'absence de choix se traduisait par l'emploi répété d'un champ lexical lié à l'obligation. La contention était présentée comme obligatoire, en l'absence d'alternatives pour réaliser le soin après avoir tentées différentes approches (2). Les soignants se sentaient alors eux même contraints à

user de la force. Ils disaient subir une double contingence : celle de l'injonction médicale et celle de l'organisation des soins.(3) L'argumentaire mettait en avant les risques vitaux encourus par l'enfant pour justifier le recours à la contention (4). La responsabilité de la contention était souvent attribuée à des éléments extérieurs au soignant : à la peur de l'enfant, à l'injonction médicale, aux situations d'urgences. Les limites personnelles telles que la fatigue et la faillibilité étaient aussi avancées pour justifier en partie la contention (5). Pourtant certains participants prenaient conscience de la possibilité de changement des pratiques au cours de la discussion organisée sur ce thème (6).Quelles que soient les habitudes des soignants vis-à-vis de la contention, tous considéraient agir dans l'intérêt de l'enfant (7). Le geste médical et le soin étaient associés implicitement au bien de l'enfant. De même la notion de compétence était reliée au soin technique (8).

4. Une pratique laborieuse qui conduit à oublier l'enfant le temps du soin

(1) **Laborieux** « Quand il faut être à plusieurs pour tenir un enfant parce qu'il faut le perfuser, ce n'est pas gratifiant ni pour l'enfant, ni pour nous, ni pour les parents [...] on n'a pas forcément le choix, c'est difficile, c'est difficile à vivre pour tout le monde quand ça se passe comme ça ».

(2) « **on ne perçoit pas** » 5-31-V je pense que parfois, on est amené à faire, quelque chose qui peut s'en rapprocher et qu'à ce moment-là, on est tellement dans notre soin, et tellement à vouloir réussir à faire ce qu'on a besoin de faire, qu'on ne perçoit pas ...

(3) **Faire son travail** 4-27: En même temps, il faut arriver à garder son calme dans un moment comme ça, je ne sais pas mais arriver à trouver la juste distance entre le soin qui est nécessaire à ce moment-là et le calme parce que c'est pénible... je ne sais pas comment dire, c'est un moment qui n'est pas forcément agréable... mais en même temps, c'est un soin que l'on doit faire, qui doit être fait »

(4) **Geste à faire** « 4-25: : Elles se sont mises dans les bonnes conditions pour parvenir à faire un geste qui soit à la fois rapide et efficace même s'il est difficile à faire. »

(5) « **j'oublie, ce n'est plus un enfant** »« 23-A : C'était plus sur la situation qu'on a observée dans la vidéo pour moi, ça me fait clairement penser aux situations où idéalement, on ne ferait comme ça mais on n'a pas le choix, il faut le faire donc dans ce cas-là, je rentre dans la catégorie où je ferme tout le reste, ce qu'on me demande en tant que soignante, c'est de mettre cette sonde rapidement, efficacement et le mieux possible. Après, tout le contexte de l'enfant que je ne supporte pas, j'oublie ce qu'il se passe, ce n'est plus un enfant, j'ai une sonde à mettre, c'est tout, je n'ai pas le choix, c'est ce qu'on me demande... »

Le discours des soignants se transforme à l'évocation des situations de contention. Initialement centré sur l'enfant, ses besoins et ses particularités, le discours changeait lorsque les soignants racontaient des situations cliniques d'usage de la force. On assistait au passage d'un registre empathique à une description technique précise. La contention était décrite comme faisant partie du travail des soignants, bien qu'elle soit considérée comme une partie difficile du travail (1). La réalisation du soin correspondait à la priorité des soignants. (2) Ils hiérarchisaient leurs obligations vis-à-vis de l'enfant. Le premier devoir étant d'effectuer le soin.(3). La modification de la syntaxe des phrases témoignait de ce changement de priorité. Initialement l'enfant était le sujet de la phrase alors que lors des descriptions de situation de contention, le soin devenait le sujet de la phrase. (4) La modification du vocabulaire et de la grammaire témoignait d'une disparition transitoire de l'attention envers l'enfant au moment de la contention forte au profit de l'acte technique. L'occultation des sentiments empathiques envers l'enfant était décrite comme nécessaire pour pouvoir poursuivre le soin réalisé avec contention. (5)

Discussion

La contention forte conduit les soignants contraints d'y recourir à une forme de dépersonnalisation. Les soignants sont tiraillés entre l'obligation de soigner l'enfant et le respect qu'ils lui doivent. Ce dilemme les oblige à adopter certaines stratégies d'adaptation à la fois collectives et individuelles.

L'aspect tabou de la « contention » en pédiatrie, déjà suggéré dans la littérature est confirmé par cette étude qualitative [26] Les soignants cherchent à pondérer la notion de force pour rendre cette pratique acceptable. Les précautions des participants quant au choix du vocabulaire rejoignent les débats sur la terminologie « contention » évoquées dans la littérature et reflètent la difficulté des soignants à être associés à une pratique brutale [9] Face au refus de l'enfant, les soignants

sont en difficulté, et ressentent des émotions négatives, ce qui confirme les résultats de l'étude qualitative de [35]. Cette étude, sans questionner spécifiquement la contention, enquêtait sur ce qui se passait lors des soins difficiles et interrogeait le ressenti des infirmières quand « l'enfant dit non » au soin. Les émotions négatives telles « être fâché » ou « se sentir stressé » apparaissaient lorsque l'enfant interférait dans les soins. Il était désagréable pour elles d'utiliser la contention. Des stratégies d'adaptation face à ces situations étaient décrites. L'importance du contexte et de la réussite du soin était mise en évidence. L'existence de procédures préétablies limitant les tentatives de pose de voie veineuse était décrite comme précieuse pour prendre une décision pendant le soin. Après le soin, le support des collègues était identifié comme une stratégie de coping utile pour gérer les émotions. Le souhait de rompre le cercle vicieux qui s'installait lorsque l'enfant s'opposait au soin était un point commun avec ce qu'exprimaient les participants à notre étude. Une forme de réciprocité apparaît entre l'agitation de l'enfant et le phénomène de la contention. Les travaux de construction et de validation de la grille de mesure de la détresse de l'enfant (OSBD) lors d'un soin, avaient montré une corrélation entre l'agitation de l'enfant, sa résistance et la restriction physique exercée[16] La possibilité de faire des pauses était rarement envisagée alors qu'une étude [36] avait démontré l'intérêt de marquer des pauses régulières pour réduire l'agitation. Il semble que l'injonction à faire le soin soit tellement forte qu'elle empêche les soignants de réfléchir à d'autres stratégies que la contention bien que celle-ci ne soit pas considérée comme la meilleure.

Les participants considéraient que l'usage de la contention face à la détresse et à l'agitation de l'enfant n'était pas toujours le mieux adapté, voire contreproductif. En effet plus l'enfant est tenu plus il se débat [25] Une étude descriptive menée auprès de 294 infirmières pédiatriques montrait que l'aspect contradictoire de la contention face à la détresse de l'enfant provoquait un certain malaise conduisant les soignants à se justifier.

L'obligation de réaliser le soin et le sentiment qu'il n'existe aucune alternative à la contention sont des raisons qui se combinent et justifient la

nécessité d'user de la force. Cette combinaison (absence d'alternative et nécessité du soin dans l'intérêt de l'enfant) avait déjà été mise en évidence dans l'étude qualitative de Kangasniemi et al [32]. L'objectif était de décrire la perception des infirmières vis-à-vis de l'usage de la contention. Cette étude montrait que la contention était perçue comme faisant partie du travail de l'infirmière sans qu'elle soit pour autant planifiée, que cette pratique désagréable était justifiée par la nécessité de réaliser le soin et répondait à la volonté des infirmières de bien faire leur travail.

De même, notre étude a montré que le premier devoir du soignant était de réaliser l'acte technique, et ce dans l'intérêt supérieur de l'enfant. [37],[23],[24] L'aspect impératif du soin supplante le respect de l'enfant et oblige les soignants à adapter leurs stratégies. On assiste à une forme de hiérarchisation des priorités, qu'on pourrait qualifier de « stratification déontologique » qui aide les soignants à justifier l'usage de la contention. Ils ne renoncent pas à leur déontologie mais ils hiérarchisent les obligations qui leur incombent. Ce concept de priorisation était resté implicite dans l'étude de Kangasniemi et al dans la mesure où la contention était considérée comme un moyen de faire son travail [32]. Selon l'opinion générale, la contention demeure un événement fatiguant et stressant pour le soignant. [38] Cependant la description de ce qui se passe au moment de l'usage de la contention pour les soignants n'était pas exploré d'un point de vue conceptuel jusqu'alors. [39]

Les soignants sont contraints face à cette situation de se focaliser sur le soin et « d'oublier » l'enfant qu'il faut maintenir de force. Le soignant doit mettre entre parenthèse l'intersubjectivité qui le lie à l'enfant. La contention forte est un désaveu de la subjectivité de l'enfant mais aussi de celle du soignant qui la sacrifie ainsi que son empathie afin de poursuivre le soin. Le soignant fait abstraction de l'enfant, il ne le voit plus et se concentre sur le soin. Le discours recueilli au décours des focus group met en lumière un processus psychique particulier qui nous amène à proposer le concept de « cécité empathique transitoire ».

Les habitudes du groupe d'appartenance, selon que celui-ci privilégie ou pas l'aspect technique des soins semble beaucoup influencer les choix individuels. La conduite des soignants vis-à-vis de la contention est en partie déterminée par le conformisme au groupe. Cet aspect de la problématique n'était pas apparu de cette façon jusqu'alors dans la littérature. Selekmán et Snyder avaient montré qu'il pouvait avoir des différences concernant le recours à la contention selon le lieu d'exercice (hôpital pédiatrique versus psychiatrie, rééducation et hôpital général)[40], avait pointé le support que pouvaient apporter les collègues après un soin difficile mais sans pointer spécifiquement l'influence du groupe[35].

Les participants aux focus group ne se réfèrent pas dans leurs échanges, aux recommandations professionnelles[28] ou à une politique institutionnelle spécifique. L'absence de références externes au groupe explique peut-être que les équipes déterminaient leur pratique en fonction du groupe. Le cadre de références retrouvé dans la littérature anglo-saxonne semble peu connu des infirmières françaises [11]. ,[8]. L'absence de repères institutionnels ou juridiques pourrait en partie expliquer le sentiment de légitimité associé à cette pratique.

Une contradiction est apparue avec notre question de recherche qui interrogeait le passage à un usage illégitime de la force lors des soins. Les résultats de notre étude ont mis en avant une forme de légitimité de l'usage de la contention. Pour les participants la contention était légitime car inscrite dans les règles du groupe, et également dans l'injonction à réaliser le soin dans l'intérêt de l'enfant. En outre, les habitudes concernant la contention étaient peu questionnées par les participants. Ce constat conforte l'importance de débattre en équipe de la pratique de la contention, de proposer des formations et de fixer une politique institutionnelle claire à ce sujet[41]. Un travail avait démontré l'influence de la formation [34] et aussi que la nature du soin était un facteur associé à la survenue de la contention de l'enfant. Les participants à notre étude avaient également pointé des soins à risque de contention tels que les poses de sondes (nasogastrique, lavement évacuateur, aspiration nasale). Or à ce jour les difficultés à réaliser ce type de soins ont été très peu

explorées contrairement à des gestes plus invasifs tels que le myélogramme ou les Ponctions Lombaires [20]. La nature de ces soins, telle que la pose de sonde, ne nécessite pas le recours à une sédation lourde, comptes tenus de la valence bénéfiques/risques. L'application systématique des recommandations usuelles pour réduire la douleur et la détresse de l'enfant lors des soins devrait représenter une alternative à la contention lors des soins [27], [30]. L'inscription de cette pratique dans un cadre législatif précis ainsi que la diffusion de procédures indiquant les alternatives possibles pourrait aider à modifier les pratiques, et faire en sorte que l'usage de la force pour réaliser un soin reste exceptionnel et justifié [23].

Limite

L'échantillonnage de la population, majoritairement féminin était représentatif de la démographie des soignants paramédicaux de pédiatrie néanmoins cela représente une limite à notre étude dans la mesure où il ne permet pas de connaître la représentation des soignants hommes sur ce sujet. Une étude comparative auprès de soignants du genre masculin offrirait sans doute un complément d'information.

Conclusion :

Les limites entre pratique légitime de la contention et usage illégitime de la force deviennent floues lorsque la réalisation du soin devient impérieuse. L'usage de contention forte est considéré comme légitime quand elle est pratiquée dans l'intérêt de l'enfant. La réalisation des gestes médicaux subordonnant le respect de l'enfant.

Ce que les résultats de cette étude apportent

- Mise en évidence de stratégies d'adaptation des soignants au moment de la contention
- Proposition d'un concept en lien avec la pratique des soins infirmiers pédiatriques :« cécité empathique transitoire »
- Apparition de la notion de « stratification déontologique » qui correspond au processus décisionnel
- Influence du groupe sur les habitudes liées à l'usage de la contention

- 1 Brenner M. A Need to Protect: Parents' Experiences of the Practice of Restricting a Child for a Clinical Procedure in Hospital. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2013;**36**:5–16.
- 2 Valiente C, Eisenberg N, Smith CL, *et al.* The relations of effortful control and reactive control to children's externalizing problems: A longitudinal assessment. *J Pers* 2003;**71**:1171–96.
- 3 Herba C, Phillips M. Annotation: Development of facial expression recognition from childhood to adolescence: Behavioural and neurological perspectives. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;**45**:1185–98.
- 4 Hull K, Clarke D. Restraining children for clinical procedures: a review of the issues. *Br J Nurs* 2010;**19**:346–50.
- 5 Darby C, Cardwell P. Restraint in the care of children: Colm Darby and Pauline Cardwell review different techniques to restrain and hold young people, and the legal and ethical issues they raise. *Emerg Nurse* 2011;**19**:14–7.
- 6 Graham P, Hardy M. The immobilisation and restraint of paediatric patients during plain film radiographic examinations. 2004;**Radiography**:23–31.
- 7 Pearch J. Restraining children for clinical procedures. *Paediatr Nurs* 2005;**17**:36.
- 8 Lambrenos K, McArthur E. Introducing a clinical holding policy: Physical restraint should be used rarely and children and staff protected by the implementation of specific policies, as Karina Lambrenos and Elizabeth McArthur explain. *Paediatr Care* 2003;**15**:30–3.
- 9 Jeffery K. Supportive holding or restraint: terminology and practice: Children's nurses should consider supportive holding and restraint as opposite ends of a continuum, but there is no policy that defines each procedure, says Karen Jeffery. *Paediatr Care* 2010;**22**:24–8.
- 10 Royal College of Nursing (2003) Restraining, Holding Still and Containing Children and Young People. Guidance for Nursing Staff. RCN, London. 2003.
- 11 Royal College of Nursing. Restrictive Physical Intervention and Therapeutic Holding for Children and Young People: Guidance for Nursing Staff. RCN, London. 2010.
- 12 Crock C, Olsson C, Phillips R, *et al.* General anaesthesia or conscious sedation for painful procedures in childhood cancer: the family's perspective. *Arch Dis Child* 2003;**88**:253–7.
- 13 Crellin D, Babl FE, Sullivan TP, *et al.* Procedural restraint use in preverbal and early-verbal children. *Pediatr Emerg Care* 2011;**27**:622–7.
- 14 Lombart B, Annequin D, Cimerman P, *et al.* Peut-on mesurer l'utilisation de la contention lors des soins douloureux en pédiatrie? *Arch Pediatr* 2013;**20**:H202–3.
- 15 Delaney KR, Fogg L. Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatr Serv Wash DC* 2005;**56**:186–92. doi:10.1176/appi.ps.56.2.186
- 16 Elliott CH, Jay SM, Woody P. An observation scale for measuring children's distress during medical procedures. *J Pediatr Psychol* 1987;**12**:543–51.
- 17 Przybylo HJ, Tarbell SE, Stevenson GW. Mask fear in children presenting for anesthesia: aversion, phobia, or both? *Pediatr Anesth* 2005;**15**:366–70.
- 18 Christiansen E, Chambers N. Induction of anesthesia in a combative child; management and issues. *Pediatr Anesth* 2005;**15**:421–5.
- 19 Hosey MT, Macpherson LMD, Adair P, *et al.* Dental anxiety, distress at induction and postoperative morbidity in children undergoing tooth extraction using general anaesthesia. *Br Dent J* 2006;**200**:39–43.
- 20 McGrath P, Forrester K, Fox-Young S, *et al.* 'Holding the child down' for treatment in paediatric haematology: the ethical, legal and practice implications. *J Law Med* 2002;**10**:84–96.
- 21 McGrath P, Huff N. Including the fathers' perspective in holistic care. Part 2: Findings on the fathers' hospital experience including restraining the child patient for treatment. *Aust J Holist Nurs* 2003;**10**:5–10.

- 22 Homer JR, Bass S. Physically restraining children for induction of general anesthesia: survey of consultant pediatric anesthetists. *Pediatr Anesth* 2010;**20**:638–46.
- 23 Jeffery K. Therapeutic restraint of children: it must always be justified. *Paediatr Nurs* 2002;**14**:20.
- 24 Folkes K. Is restraint a form of abuse? Kathryn Folkes questions nurses' acceptance of the routine use of restraint during clinical procedures. *Paediatr Care* 2005;**17**:41–4.
- 25 Robinson S, Collier J. Holding children still for procedures. *Paediatr Nurs* 1997;**9**:12–4.
- 26 Brenner M, Parahoo K, Taggart L. Restraint in children's nursing: Addressing the distress. *J Child YOUNG PEOPLES Nurs* 2007;**1**:159.
- 27 Duff AJ, Gaskell SL, Jacobs K, *et al.* Management of distressing procedures in children and young people: time to adhere to the guidelines. *Arch Dis Child* 2012;**97**:1–4.
- 28 Coyne I, Scott P. Alternatives to restraining children for clinical procedures: Imelda Coyne and Paula Scott explore this controversial practice and the advice given in nursing policy. *Nurs Child Young People* 2014;**26**:22–7.
- 29 Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, *et al.* A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. *J Pediatr Psychol* 2008;**33**:842–54. doi:10.1093/jpepsy/jsn031
- 30 Baxter A. Common office procedures and analgesia considerations. *Pediatr Clin North Am* 2013;**60**:1163–83.
- 31 Snyder BS. Preventing treatment interference: nurses' and parents' intervention strategies. *Pediatr Nurs* 2004;**30**.<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00979805&AN=12370952&h=GhrSQqbiPBGycVBeazRI%2BVUMFwe23FWEQog1Ovkv1fK01qUI9C17Yxgd9nSSpWVWvtmw7rmMmqQAInlxo4g1g%3D%3D&crl=c> (accessed 2 May2014).
- 32 Kangasniemi M, Papinaho O, Korhonen A. Nurses' perceptions of the use of restraint in pediatric somatic care. *Nurs Ethics* 2014;:0969733013513214.
- 33 Bigwood S, Crowe M. 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs* 2008;**17**:215–22.
- 34 Brenner M. Development of a factorial survey to explore restricting a child's movement for a clinical procedure. *Nurse Res* 2013;**21**:40–8.
- 35 Lloyd M, Law GU, Heard A, *et al.* When a child says 'no': experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatr Care* 2008;**20**:29–34.
- 36 Allen KD, Wallace DP. Effectiveness of using noncontingent escape for general behavior management in a pediatric dental clinic. *J Appl Behav Anal* 2013;**46**:723–37.
- 37 Collins P. Restraining children for painful procedures. *Paediatr Nurs* 1999;**11**:14–6.
- 38 Brenner M. Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: an extraordinarily stressful event. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2007;**30**:29–37.
- 39 Tomlinson D. Physical Restraint during Procedures: Issues and Implications for Practice. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004;**21**:258–63. doi:10.1177/1043454204267770
- 40 Selekman J, Snyder B. Nursing perceptions of using physical restraints on hospitalized children. *Pediatr Nurs* 1994;**21**:460–4.
- 41 Hull K, Clarke D. Are paediatric oncology nurses acknowledging the effects of restraint? A review of the current policy and research. *Eur J Oncol Nurs* 2011;**15**:513–8.

Annexe 2

Tableau 1 : rappel récapitulatif des différents axes des théories du « caring », du prendre soin, du NIDCAP® et une proposition de pistes pour formaliser le concept de care pédiatrique .

Facteurs favorisant le CARE selon Jean Watson	NIDCAP®	Pistes pour formaliser le concept de care pédiatrique	Prendre soin W. Hesbeen
Valeurs humanistes & altruistes	Individualisation des soins	Prendre en compte l'enfant en qualité d'être en devenir qui nécessite un support social affectif émotionnel spécifique. Valoriser les compétences et l'imaginaire de l'enfant en associant ses parents.	Les réponses données par le « prendre soin » acceptent une personne non seulement telle qu'elle est maintenant mais aussi telle qu'elle peut devenir
Croyance & espoir		Prendre en compte la pensée magique de l'enfant, s'appuyer sur son imaginaire	
Conscience de soi et des autres	Prise de conscience des interactions bébé/mère Bébé/stimulations Soignants/bébé	Connaître le développement de l'enfant , adapter ses attentes, promouvoir les capacités d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant	La pratique du caring associe connaissances biophysiques et connaissances du comportement humain dans le but de susciter ou de promouvoir la santé et de procurer des soins à ceux qui sont malades.
Développement relation d'aide & confiance	Etablissement confiance du bébé grâce à la réduction des stimulations nocives Attitudes réassurantes /regroupement	Inverser le modèle usuel de rationalisation des soins. Renoncer à inviter l'enfant à entrer dans l'univers rationnel médical qui justifie les soins mais à l'inverse chercher à rejoindre l'univers de l'enfant afin d'établir une relation de confiance aidante et de confiance pour le soigner faire du lien avec les actions d'aide à la parentalité positive pour tisser autour de l'enfant un faisceau de relations aidantes	« prendre soin » peut être démontré et pratiqué de façon efficace uniquement au travers de relations interpersonnelles
Expression des sentiments		Permettre à l'enfant d'exprimer ses sentiments Accueillir les émotions, favoriser leurs expressions Favoriser la communication positive	
création d'une méthode scientifique de résolution de problèmes	Programme d'observation et d'interventions codifié	Observer les réactions de l'enfant	« prendre soin » peut être démontré et pratiqué de façon efficace uniquement au travers de relations interpersonnelles
l'enseignement – apprentissage Trans personnel -		Relier les éléments du corpus théorique des soins à l'enfant en lien avec le <i>care</i>	pratique du « prendre soin » est au centre de la discipline infirmière
Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel	Soutien à la parentalité	Soutien à la parentalité ET valorisation des ressources propres de l'enfant en favorisant un environnement respectueux du rythme et des capacités de l'enfant	Le milieu du « prendre soin » est propice au développement de potentialités en permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-

			même à un moment donné
La gratification des besoins humains des bénéficiaires	Réponse aux besoins psycho affectifs, physiologiques et développement	Réponse aux besoins psycho affectifs, physiologiques et développement Encourager, féliciter Valoriser la parole de l'enfant en l'invitant à exprimer ce qu'il ressent sans disqualifier ses dires	« prendre soin » consiste en facteurs caratifs dont le résultat est la satisfaction de certains besoins humains
- Les forces existentielles – phénoménologiques spirituelles	S'appuie sur les compétences du bébé	S'appuie sur les compétences de l'enfant et celles de sa famille à le soutenir Les compétences de l'enfant doivent être dissociées d'une quelconque compétence intellectuelle ou rationnelle Le recours à l'imaginaire doit permettre à l'enfant d'accéder à ses ressources intérieures	Pour être efficace, le « prendre soin » doit promouvoir la santé ainsi que la croissance individuelle ou familiale

Bibliographie

Ouvrages et essais

Alain, *Esquisses : Pédagogie Infantile, Tome 1*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000.

Andre, Tilquin, *Le behaviorisme, origine et développement de la psychologie de réaction en Amérique*, Librairie Philosophique J. Vrin, 1950.

Anzieu, Didier et Martin, Jacques-Yves, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013.

Arendt, Hannah, *Eichmann à Jérusalem*, Paris, Gallimard, 1997.

Aristote, *Parties des animaux. : Livre 1*, Paris, Flammarion, 1997.

Aristote, Pellegrin, Pierre et Collectif, *Aristote : Œuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2014.

Aristote et Tricot, Jules, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Vrin, 1994.

Aubenque, Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2009.

Bachelard, Gaston, *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie J Vrin, 2000.

Bachelard, Gaston, *L'air et les songes : essai sur l'imagination du mouvement*, Paris, Le Livre de Poche, 1992.

Baron-Cohen, Simon, *La Cécité mentale : un essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*, Grenoble, France, PUG, 1998.

Bergson, Henri, *La Pensée et le Mouvant*, Paris, PUF, 2003.

Bergson, *L'évolution créatrice*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013.

Biran, Maine de, *Maine de Biran. Journal : Édition intégrale publiée par Henri Gouhier*, 1954.

Brun, Danièle, *L'enfant donné pour mort*, Paris, Eshel Editions, 2001.

Bruyère, La, *Les Caractères*, Paris, Le Livre de Poche, 1976.

Buber, Martin, *Je et Tu* Aubier, 1992.

Burlingham, Dorothy et Freud, Anna, « Infants without families. », 1944.

Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, [1943], Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013.

- Carrel, Alexis et Soupault, Robert, *L'homme, cet inconnu*, Plon Paris, 1935.
- Collière, Marie-Françoise, *Promouvoir la vie*, Paris, Editions Masson, 1996.
- Danziger, Nicolas, *Vivre sans la douleur ?*, Paris, Odile Jacob, 2010.
- Descartes, *Règles pour la direction de l'esprit*, Paris, Le Livre de Poche, 2002.
- Descartes, René, *Cogito, tome 75. Méditations métaphysiques*, Vrin, 2000.
- Descartes, René, *Discours de la méthode - poche - René Descartes -*, 2000 (Les classiques de la philosophie).
- Descartes, René, *Méditations métaphysiques - broché - René Descartes - Livre*, 1996.
- Descartes, René, *Les passions de l'âme*, Paris, Le Livre de Poche, 1990.
- Dolto, Françoise, *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Seuil, 1976.
- Douville, Olivier et al., *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, Paris, Dunod, 2012.
- Fleury, Cynthia, *La Fin du courage*, Paris, Le Livre de Poche, 2011.
- Fouquet Catherine, et Knibiehler Yvonne, *Histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, coll. Pluriel, 1977.
- Freud, Sigmund, trad. Géraud, Marc, *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, [1905], Points, 2013.
- Gary, Romain, *Les Enchanteurs*, Editions Gallimard, 2014.
- Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude : Pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004.
- Gouhier, Henri, *La pensée métaphysique de Descartes*, Vrin, 1987.
- Hadot, Pierre, *Plotin ou La simplicité du regard*, Paris, Folio, 1997.
- Heidegger, Martin, *Être et Temps*, Paris, Gallimard, 1986.
- Heidegger, Martin, *Essais et Conférences*, Paris, Gallimard, 1980.
- Hippocrate, Grmek, Mirko Dražen et Pellegrin, Pierre, *De l'art médical*, Paris, France, Librairie générale française, 1994.
- Hochmann, Jacques, *Une histoire de l'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2012.
- Hume, David, - *Traite de la nature humaine - essai pour introduire la méthode expérimentale dans les sujets moraux / tome i /*, collection « bibliothèque philosophique ».Aubier, 1968.
- Husserl, Edmund, *Méditations cartésiennes*, Paris, Librairie Philosophique Vrin, 2000.
- Jonas, Hans, *Le principe de responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, 2013.

- Kant, Emmanuel, *Critique de la raison pure*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2012.
- Klein, Melanie, *La psychanalyse des enfants*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2013.
- Lécu, Anne, *Des Larmes*, Paris, Cerf, 2012.
- Leibniz, Gottfried-Wilhelm, *Principes de la Nature et de la Grâce. Monadologie : Et autres textes*, Paris, Flammarion, 1999.
- Leibniz, Gottfried-Wilhelm, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, Paris, Flammarion, 1993.
- Leibniz, Gottfried Wilhelm, *Discours de métaphysique, suivi de Monadologie et Autres textes*, Paris, Gallimard, 2004.
- Levinas, Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Paris, Le Livre de Poche, 2006.
- Lévinas, Emmanuel, « Ethique et infini », *Le Livre de Poche*, [s. d.], <<http://www.livredepoche.com/ethique-et-infini-emmanuel-levinas-9782253034261>>, consulté le, 6 juillet 2015.
- Locke, John, *Quelques pensées sur l'éducation / John Locke ; traduction nouvelle, avec préface et commentaires, par Gabriel Compayré*, Paris, Hachette, 1904.
- Locke, John, *Essai philosophique concernant l'entendement humain*, P. Mortier (Amsterdam), 1735.
- Machiavel, *Le Prince*, Paris, Flammarion, 1993.
- Mauss, Marcel, *Essai sur le don*, 2^e édition, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2012.
- Med, Amn Int Com, *Médecins tortionnaires, médecins résistants : les professions de santé face aux violations des droits de l'homme. Amnesty Internationale Comité médicale*, Paris, La Découverte, 1989.
- Miller, Alice, *C'est pour ton bien : Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*, Paris, Editions Aubier, 1998.
- Nietzsche, Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra*, Paris, Le Livre de Poche, 1972.
- Nightingale, Florence, *Notes on nursing: What it is, and what it is not*, Lippincott Williams & Wilkins, 1860.
- Pascal, Blaise, *Pensées*, Pau, Garnier-Flammarion, 1976 (GF).
- Paul, Eluard, *Capitale de la douleur suivi de l'amour la poésie. collection : poésie.*, Gallimard, 1981.
- Peplau, Hildegard E., *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, Paris, Editions Masson, 1995.
- Perelman, Chaïm, *L'empire rhétorique. Rhétorique et argumentation*, Paris, Librairie Philosophique Vrin, 2000.

- Piaget, Jean et Inhelder, Bärbel, *La psychologie de l'enfant*, vol. 1, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012.
- Platon, Brisson, Luc et Collectif, : *Œuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2011.
- Quentin, Bertrand, *La philosophie face au handicap*, Eres, 2013.
- Ravaisson, Félix, *De l'habitude*, Paris, Editions Allia, 2007.
- René, Louis, *Code de déontologie médicale*, Paris, Seuil, 1996.
- Ricoeur, *Ecrits et conférences : Tome 3, Anthropologie philosophique*, Paris, Seuil, 2013.
- Romains, Jules, *Knock*, Gallimard/ Folio, 1972.
- Sartre, Jean-Paul, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 1976.
- Schopenhauer, Arthur, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Presses Universitaires de France - PUF, 2014.
- Stein, Edith, *Le problème de l'empathie*, Paris; Paris; Toulouse, Cerf, 2013.
- Terestchenko, Michel, *Un si fragile vernis d'humanité*, Paris, La Découverte, 2007.
- Tisseron, Serge, *L'empathie au coeur du jeu social*, Paris, Editions Albin Michel, 2010.
- Tolstoï, Léon et Imbert, Jacques, *La mort d'Ivan Ilitch*, Paris, J'ai lu, 2005.
- Tronto, Joan C., « Du care », *Revue du MAUSS*, no. 2, 2008, pp. 243–265.
- Watson, Jean, *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan, 1998.
- Winnicott, Donald, *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Paris, Payot, 1989.
- Worms, Frédéric et Marin, Claire, *A quel soin se fier. Conversations autour de Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2015.

Articles

- Binding, Karl et Hoche, Alfred, *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: ihr Mass und ihr Ziel (1920)*, BWV Verlag, 2006.
- Bowlby, John, *A secure base: Clinical applications of attachment theory*, vol. 393 / , Taylor & Francis, 2005.
- Bowlby, John, Rosenbluth, Dina et Robertson, James, *A two-year-old goes to hospital*, International Universities Press, Incorporated, 1952.

Brown, Julie C. et Klein, Eileen J., « The “Superhero Cape Burrito”: A Simple and Comfortable Method of Short-term Procedural Restraint », *The Journal of emergency medicine*, vol. 41, no. 1, 2011, pp. 74–76.

Cyrène, Callimaque de et Editions, F. B., *Hymnes*, Create Space Independent Publishing Platform, 2014.

Droit-Volet, Sylvie, « Le long apprentissage du temps », *Pour la science*, vol. 328, , 2005, pp. 50–55.

Freud, Simon, *Revue de française de psychanalyse 1 revue bimestrielle tome XXXIV- Janvier 1970/ Freud: Malaise dans la civilisation/ Michel Neyraut: Solitude et transfert, Ivan Fonagy: Les bases pulsionnelles de la phonation*, PUF, 1970.

Henderson, Virginia, « The nature of nursing », *The American journal of nursing*, 1964, pp. 62–68.

Hojat, Mohammadreza *et al.*, « Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later », *The Journal of social psychology*, vol. 145, no. 6, 2005, pp. 663–672.

Hojat, Mohammadreza *et al.*, « The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data », *Educational and Psychological Measurement*, vol. 61, no. 2, 2001, pp. 349–365.

Lefève, Céline, « "La philosophie du soin ", *La Matière et l'esprit* », avril 2006, p. 25-34.

Lombart, B. *et al.*, « Peut-on mesurer l'utilisation de la contention lors des soins douloureux en pédiatrie? », *Archives de pediatrie*, vol. 20, , 2013, pp. H202–H203.

Maslow, Abraham Harold, « A theory of human motivation. », *Psychological review*, vol. 50, no. 4, 1943, p. 370.

Merleau-Ponty, Maurice, *Les relations avec autrui chez l'enfant*, vol. 1, Paris, France, Centre de documentation universitaire, 1963.

Nightingale, Florence, *Notes on nursing: What it is, and what it is not*, Lippincott Williams & Wilkins, 1860.

Pickerill, H. P. et Pickerill, Cecily M., « Elimination of cross-infection », *British medical journal*, vol. 1, no. 4387, 1945, p. 159.

Spitz, R. A., « Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood », *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 1, 1945, pp. 53-74.

Terestchenko, Publié par Michel, « Michel Terestchenko: Fragilité, vulnérabilité », [s. d.], <<http://michel-terestchenko.blogspot.fr/2009/12/definition.html>>, consulté le 9 mars 2015.

Tronto, Joan C., « Du care », *Revue du MAUSS*, no. 2, 2008, pp. 243–265.

Vigil-Ripoche, Marie-André, « Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme », *Recherche en soins infirmiers*, no. 4, décembre 2011, pp. 7-22.

Autres

Abgrall, Marie Garrigue, *Présence du jeune enfant: événement philosophique, source de questionnement éthique*, Thèse en philosophie Pratique, Université Paris-Est, 2009.

Boch, Anne-Laure, *Médecine technique, médecine tragique Le tragique, sens et destin de la médecine moderne*, Thèse en Philosophie Pratique, Ethique hospitalière, Université de Marne-la-Vallée, juin 2006.

La Bible, Nouveau Testament.

Eric Fiat, *Violence, force lors des soins douloureux chez l'enfant*, Congrès Pédiadol, UNESCO, Décembre 2013, Paris. o

Index *Nominum*

- A
- Abgrall 105
Alain 184, 185
Alcibiade 101
Alice Miller 407
Annequin 444
Anzieu 302
Arendt 47, 48, 49
Aristote 209, 210, 211, 266, 280, 284,
335, 363, 373, 380, 402
Aubenque .. 363, 373, 374, 375, 385, 410
- B
- Bachelard 202
Baron-Cohen 142
Baudelaire 189, 190
Bergson 241, 242, 244, 250, 313, 315,
321, 326
Bernard 52
Boch 119, 122, 118, 119, 132
Bowlby 407
Buber 132
- C
- Canguilhem 53, 54, 56, 108, 404
Carron 406
Collière 413
- D
- Danzinger 149, 150, 151
Descartes . 134, 205, 219, 246, 247, 258,
259
Dolto 235, 408
- E
- Eluard 426, 427
- F
- Fichant 307
Fleury 418
- G
- Gary 184, 185
Geoffroy 115, 116
Gouhier 259
- H
- Heesbeen 415
Heidegger 322, 324, 325, 327, 329, 334,
335, 338, 344, 345, 388, 438
Henderson 413
Hesbeen 415
Hippocrate 54, 301
Hölderlin 345
Hume 276
Husserl 136, 139, 142, 230, 324
- J
- Jonas 395, 401
- K

Kant.. 221, 222, 223, 228, 239, 240, 241, 242, 243, 250, 251, 257, 259, 260, 263	Périclès 376
Klein408	Platon. 97, 173, 217, 254, 278, 355, 356, 433
La Fontaine283	Plotin 104, 105, 106, 107, 108, 114
L	Q
Leibniz59, 218, 219, 221, 223, 237, 239, 240, 253, 254, 256, 291, 307, 308, 310, 311, 312, 350	Quentin 426
Leriche53	R
Levinas..... 113, 114, 115, 437, 438	Ravaisson..... 314
Lipps 146	Ricœur 40, 50, 83, 90, 440, 441
Locke 208, 209, 210, 211, 216, 220	Romain Garry 426
Luquet 192, 194, 196	Romains 33
M	S
Machiavel..... 14, 26, 27, 29, 31, 32, 40	Sartre 110, 112
Maslow.....413	Socrate 102, 179, 209, 272, 276, 277, 354, 379
Menon276	Spitz..... 408
Merleau-Ponty .186, 187, 191, 192, 193, 195, 196, 230, 231, 232, 233, 234, 247, 426	Stein.. 143, 144, 145, 146, 148, 151, 153
Montesquieu.....445, 446	Terestchenko 74
N	T
Nightingale.....406	Tirésias 168, 169, 371, 376
P	Tisseron 155, 161
Pascal 188, 189, 250, 403	W
Peplau412	Watson..... 414
	Winnicott 235, 408, 421, 422
	Z
	Zarathoustra..... 450

Index Rerum

- A
- ambiance* 16, 139, 140, 144,142, 144, 147
- aperception* 218, 219, 220,291
- appétition 291
- C
- care* .. 392, 396, 397, 414, 415, 418, 419, 421, 424, 431, 432, 435
- care* en pédiatrie..... 429
- care pédiatrique..... 473
- cécité aux idées 324
- cécité du jugement 255
- cécité empathique 163, 168, 169, 271, 287, 419
- cécité empathique transitoire ... 160, 167, 279, 290, 368, 371, 376, 430
- cécité mentale 141
- chair 234
- cœur* 250, 403
- coïncider..... 244
- commerce réciproque* 143, 144, 156, 164
- contingence 375, 388
- courage..... 179, 418
- D
- Dasein 437, 438
- délibération*..... 332, 387, 420, 430
- E
- Einfühlung*..... 146
- empathie.... 143, 146, 155, 158, 161, 163
- empathie égocentrée 426
- engagement*..... 374, 375, 410
- entre-deux*..... 16, 63, 64, 111, 112, 113, 135,140, 147, 154, 159, 434, 436, 437, 438
- entre-deux de l’agir..... 418
- entre-deux des différences 113,131,373,423,429,435,
- entre-deux peaux 436
- F
- Family Centred Care..... 424
- H
- habileté* 381, 386, 387, 393
- homo faber*..... 316, 318, 388
- I
- inquiétude 59, 62
- intuition aveugle 251, 256
- M
- main-tenant 160, 161
- main-tenir 154, 430
- monade 291
- P
- phronesis* 375, 402, 416
- phronimos* 375
- point de vue 310, 312, 349
- prendre soin 414
- prudence* .. 332, 373, 376, 377, 378, 380, 382, 385, 386, 387, 388, 389, 391, 392, 393, 394, 416, 418, 419, 420, 423, 430, 432, 443

R		T	
représentations « adulto-centrées »...	428	<i>tabula rasa</i>	210, 211
ronde chaotique.....	161	triangle des Bermudes des soins.....	163
S		V	
sagacité.....	380	Visage d'autrui	437
syndrome de Tirésias	170		

Résumé

En pédiatrie il arrive que les soignants maintiennent les enfants de force lors des soins. L'objectif de cette thèse était d'interroger ce phénomène. Il s'agit de comprendre ce qui sous-tend la disqualification du refus de l'enfant. Comprendre les enjeux qui justifient l'occultation transitoire de l'empathie des soignants. Le concept de *cécité empathique transitoire* est proposé. L'arraisonnement de l'enfant mais aussi du soignant à la technique est au cœur du débat. L'espoir de maîtriser l'inconstance de l'existence par la grâce de la biotechnologie semble les contraindre à sacrifier leur propre subjectivité. L'arraisonnement de l'enfant mais aussi du soignant à la technique est au cœur du débat. La prudence aristotélicienne comme disposition pratique apporte de nouvelles perspectives à cette problématique. L'invitation à la délibération dans les soins ouvre sur une proposition concrète de déploiement de la notion de *care* appliquée plus spécifiquement au champ de la pédiatrie.

Mots clés : cécité empathique, enfant, contention, éthique,

Abstract

From transitional empathic blindness to caution during care. About physical restraint during nursing care in pediatric wards

In pediatric wards, it sometimes happens that nurses have to restraint children in order to be able to deliver care. The aim of this research is to question this method ; understand what induces the child's refusal ; understand what is at stake when nurses temporarily blot out their empathy. Therefore, the concept of *transitional empathic blindness* is suggested. Trying to subjugate the child but also the nurse to the technical act is food for thought. The hope of mastering the fickleness of life thanks to biotechnology seems to induce nurses to sacrifice their own subjectivity. As practical measure, Aristotle's principle of caution develops a new insight regarding this issue. The possibility of discussing nursing practices leads to a concrete proposal to spread the notion of *care* more specifically applied to pediatrics.

Mots clés: empathic blindness, child, physical restraint, ethic

Université Paris-Est Marne-la-Vallée

Espaces Éthiques et Politiques – Institut Hannah Arendt