



HAL
open science

Étude narrative et éthique de la personne âgée hospitalisée : la chute, l'alitement, et la toilette

Nejma Batikhy

► **To cite this version:**

Nejma Batikhy. Étude narrative et éthique de la personne âgée hospitalisée : la chute, l'alitement, et la toilette. Philosophie. Université Paris-Est, 2018. Français. NNT : 2018PESC2184 . tel-02394626

HAL Id: tel-02394626

<https://theses.hal.science/tel-02394626>

Submitted on 4 Dec 2019

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.



LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE D'ÉTUDE DU
POLITIQUE INSTITUT HANNAH ARENDT

Nejma BATIKHY

Étude narrative et éthique de la personne âgée hospitalisée.

La chute, l'alitement, et la toilette.

Thèse présentée et soutenue publiquement le : 7 décembre 2018

En vue de l'obtention du doctorat de Philosophie pratique

De l'Université Paris-Est

Direction : Pr Chantal DELSOL

Co-direction : Pr Éric FIAT

Jury :

Dr HDR, Armelle ANDRIEU-JACQUET (*Présidente et rapporteur*)

Pr Fabienne BRUGERE (*Rapporteur*)

Pr Chantal DELSOL (*Directrice*)

Pr Éric FIAT (*Co-directeur*)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
DEDICACE.....	4
REMERCIEMENTS.....	6
PREAMBULE	7
INTRODUCTION GENERALE	8
PREMIERE PARTIE.....	18
LORSQU'IL EST QUESTION DE CHUTE	18
CHAPITRE PREMIER – CHUTE ?	19
CHAPITRE II – LA MALADIE COMME CHUTE.....	33
CHAPITRE III – ÉVENEMENT ?	39
CHAPITRE IV – EVENEMENT INDESIRABLE	57
CHAPITRE V – CHOIR DANS UN SERVICE DE SOIN	65
CHAPITRE VI – DU RIRE DE LA CHUTE.....	95
CHAPITRE VII – ET CETTE ATTENTE.....	105
CHAPITRE VIII – CHUTE ANNONCIATRICE	110
CHAPITRE IX – LE RE-LEVER.....	114
DEUXIÈME PARTIE	123
SOUCI DE LITS, LIT DE SOUCI.....	123
CHAPITRE X – UN PEU D’HISTOIRE	124
CHAPITRE XI – AVOIR LA MAIN.....	131
CHAPITRE XII – DE L’ATTENTION.....	145
CHAPITRE XIII – IL, TU, JE.....	154
CHAPITRE XIV – SANS CONTRADICTION AUCUNE	160
CHAPITRE XV – DU LOGIS À L’HABITAT	170
CHAPITRE XVI – ESPACE PRIVE, ESPACE PUBLIC.....	180

CHAPITRE XVII – LE « PANOPTLIT »	197
TROISIEME PARTIE.....	218
UNE HISTOIRE DE TOILETTE	218
CHAPITRE XVIII – PETITE HISTOIRE DES USAGES DE LA TOILETTE, PRATIQUES, REPRESENTATIONS ET DISCOURS	219
CHAPITRE XIX – LA TOILETTE A L’HOPITAL.....	233
CHAPITRE XX. UNE HISTOIRE DE LIEN.....	247
CHAPITRE XXI. UNE QUESTION DE TEMPS ?	255
CHAPITRE XXII. PETITE HISTOIRE DE MIROIR	266
CHAPITRE XXIII.	279
TOILETTE ET HISTOIRE INFIRMIERE : UNE APPROCHE.....	279
CHAPITRE XXIV. LE « SALE » POUR LE ROLE PROPRE.....	292
CHAPITRE XXV. QUAND L’HOSPITALITÉ DEVIENT HOSTILITÉ.....	298
CHAPITRE XXVI. FAIRE UNE TOILETTE OU BIEN FAIRE UNE PATIENTE ?	310
CHAPITRE XXVII.	317
COMMENT LE BIEN PEUT-IL DEVENIR SON CONTRAIRE ?	317
CHAPITRE XXVIII. UNE INTELLIGENCE PRATIQUE	328
CONCLUSION	344
BIBLIOGRAPHIE	351
ANNEXE I.....	361
INDEX NOMINUM.....	374
INDEX RERUM	379
TABLE DES MATIERES.....	386

DÉDICACE

À nos disparus chéris : ma sœur cadette Malika, mon frère aîné, Hassan, mon père BA, Haj M'Bareck BATIKHY,

À ceux qui vont naître,

À ma famille chérie, à mon bien aimé Mohsen : leur tendresse et leur fierté à mon égard, ont été déterminantes dans ce travail de longue haleine.

À mon amie Véronique pour ses patientes lectures et relectures, ces commentaires, ses éclats de rire, et sa confiance, à Émilie pour son aide précieuse dans l'épreuve de la mise en page, à Anne, Josy, Marie-Christine, Sylvie, Régine, Béatrice, Bouchra, Evelyne, Fadila, Francesco, Marie-Thérèse, Marjory, Nadia, Céline, Sabine, Servane, Thierry, Véronique..., aux jardiniers de La Coulée Verte de Reuilly.

REMERCIEMENTS

Je remercie le docteur Michel Geoffroy et madame Dominique Do Chi, de m'avoir encouragée dans cette voie rugueuse mais belle de la philosophie, ainsi que le docteur David Smadja pour son écoute et son humour.

Je remercie le professeur Fabienne Brugère et le docteur Armelle Jacquet-Andrieu : leur présence en tant que membres du jury et rapporteurs me font honneur.

Je remercie le professeur Chantal Delsol pour sa disponibilité sans faille, son enveloppement toujours bienveillant à mon égard, et qui m'a soutenue dans certains moments difficiles.

Je remercie le professeur Éric Fiat pour sa fidèle et inaltérable confiance, mais aussi pour son séminaire du jeudi de 17h30 à 19h30 à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Ils avaient pour vertu de défatiguer.

Je remercie le professeur Dominique Folsheid de m'avoir émerveillée par l'incroyable richesse de son enseignement.

Je remercie madame Stéphanie Ben Abria, assistante administrative, ainsi que madame Hamida Berrahal, responsable administrative pour leurs réponses à toutes mes tracasseries administratives.

PRÉAMBULE

Quelques remarques en préambule :

La rédaction de cette thèse rendant compte, d'une part, d'une réflexion philosophique, et d'autre part, d'une action soignante, une question s'est posée d'emblée à l'écriture. Devais-je m'exprimer au « nous » de modestie ou de majesté suivant les auteurs¹ ou bien au « je » ?

À la réflexion, nous avons choisi d'utiliser ces deux formes du pronom personnel en en distinguant la teneur sémantique : nous nous exprimerons au nous, chaque fois que nous serons dans la réflexion, et nous userons du « je », chaque fois que dominera notre attitude dans la pratique de notre métier.

Pour le genre du mot infirmier, il nous a été très difficile d'adopter le masculin pour le pluriel ; il nous a paru plus juste au regard de cette profession représentée majoritairement par les femmes, de garder le genre féminin.

Enfin, le mot « notre » précédant le mot « patient » ne signifie pas une appropriation dans cette formulation, mais l'existence d'un lien de l'ordre du soin attentif.

¹. Grévisse, Maurice, *Le bon usage. Grammaire française avec des remarques sur la grammaire française d'aujourd'hui*, X^e éd. rev., Paris, Ducolot, 1975, pp. 480-482.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis quelques années déjà, j'exerce mon métier de soignante dans un service de médecine interne, choix motivé par le désir de prendre soin de patients dont la pathologie ne relève d'aucune spécialité, les spécialités conditionnant structurellement des grilles de lecture diagnostiques, et je pressentais un grand risque de réduire le patient à son organe malade. Les unités de médecine interne reçoivent des populations diversifiées, toutes origines, âges et pathologies confondues : elles sont donc polyvalentes.

Dans notre quotidienneté de soignants, nous sommes amenés à recevoir des personnes présentant souvent un problème aigu qui concerne un ou des organes précis. Dès leur arrivée, nous mettons en branle un arsenal d'inspiration médico-technique pour répondre à ce que nous pensons être un dysfonctionnement. L'hospitalisation a quelquefois d'autres causes, pas toujours circonscrites à un organe défaillant. La chute en est un exemple, et nous la choisissons comme le sujet premier de notre recherche pour aborder la question du soin attentif. Elle met en scène celui qui a besoin d'aide et celui qui est appelé à y répondre ; l'asymétrie exposée ici est avant tout corporelle, et elle est emblématique des asymétries retrouvées dans la relation patient-soignant.

La chute n'est pas seulement un objet du seul monde médico-hospitalier, chacun en fait l'expérience sur et dans son corps. Plus que cela, elle revendique notre matérialité, concrète, de chair ; elle nous rappelle à notre fragilité. Curieusement, la question de la chute physique peine à s'arrêter sur la corporéité. D'une manière quasi compulsive, elle renvoie irrésistiblement à d'autres chutes. Comme si le corps ne pouvait pas s'imposer en tant que tel. Comme discrédité, il est continuellement mis en marge par les questions de morale, de métaphysique,

de psychologie. La chute physique est alors objet d'un remaniement dans l'imaginaire, menant à une métaphore, comme si, par sa matérialité, elle était trop piètre pour que nous puissions y porter notre attention. La plus simple illustration est le propos que vous pourriez entendre de vos proches, si vous leur dites que vous travaillez sur la chute. Irrémédiablement, ils vous demanderont si votre sujet est la dépression, la mort, l'alcoolisme, une autre addiction, le *burn out*...

Cette chute physique peut être également occultée de multiples manières. Il y a quelque temps, pour une certification², nous participions à un travail de groupe sur la prévention des chutes des personnes âgées hospitalisées ; de ces riches rencontres, quelques bonnes recommandations avaient pu émerger, propres à éviter les chutes et les rechutes. Mais de nos souvenirs, la chute n'était jamais abordée de front, dans son vif ; l'attention portée à la prévention bottait en touche la chute elle-même. Aujourd'hui, cette question suscite toujours des échanges interdisciplinaires, orientés sur son évitement. Et par ce même discours de prévention, elle est paradoxalement évacuée du champ de la réflexion, justement.

Les patients sont donc identifiés, déclarés « chuteurs » et, quelquefois, sans leur consentement ou même à leur insu, un arsenal de précautions est déployé pour leur éviter de tomber.

Il serait bien entendu hors de propos d'ignorer l'approche préventive qui évite à bien des personnes et, notamment aux personnes âgées, de perdre l'équilibre, puis leur autonomie fonctionnelle, et progressivement ou brutalement, leur indépendance de décision, de choix, les contraignant à restreindre les possibles. L'objet de notre recherche est de réfléchir sur la chute elle-même, et non sur les moyens de l'éviter, c'est-à-dire son absence. Car considérer la chute, pourrait-il être une porte d'entrée à la reconnaissance du patient dans sa

². La certification, depuis 1996, est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de lui. Les professionnels de santé, mandatés par l'HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un référentiel qui permet d'évaluer le fonctionnement global d'un établissement. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et la sécurité.

vulnérabilité ? Et, par conséquent, réhabiliter, reconnaître le travail de soin qui en découle ? Prendre soin d'un patient âgé au décours de sa chute (physique) relève, du « *care*³ », lequel est considéré

[...] comme une activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie⁴.

Soin attentif, soin qui, comme nous le développerons, est trop souvent déconsidéré au point de devenir anecdotique. Nous essayerons de comprendre pourquoi.

La chute physique et matérielle nous apparaît comme contingente et partielle ; elle semble n'être qu'une parenthèse de la vie et de la trajectoire possible du malade hospitalisé. En réalité, de manière métaphorique, cette situation physique, psychologique et morale ouvrirait-elle sur la situation du patient mais aussi de l'homme, au sens générique ? Que nous dit un homme ayant chu de l'homme debout ? Comment le soignant se situe-t-il devant l'homme au sol ?

Dans cette réflexion autour de la chute, seront abordés le vécu du patient, celui du soignant et de la posture administrative. Nous devons déployer l'éventail d'acceptions de ce vocable, avant de nous pencher sur la chute ou plutôt sur le patient tombé au sol. Quelques témoignages viendront étayer notre étude. Nous nous interrogerons ensuite non seulement sur la signification des termes « événement » et « indésirable », à propos de la chute, mais aussi sur leurs ressorts et l'orientation des actions de soins qu'ils génèrent, notamment en institution hospitalière.

³. Anglicisme de *to care ou take of* : faire avec le souci de soi et des autres.

⁴. Tronto, Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, Éditions La découverte, 2009, pp. 13 et 143.

Nous devons aborder la notion de choir, assez complexe, ce que semble confirmer même la langue française, face à la compétition que se sont livrés les deux verbes « chuter » et « choir », la fortune du premier ayant, justement conduit à la « chute » du second⁵. Notre propos étant autre, nous tenterons d'apporter un éclairage sur le problème éthique posé par la chute, souvent liée à ce que nous appellerons la parole muselée. En effet, seul le résultat de l'incident est jaugé, légitime mais exclusif, et bien souvent, le patient ne trouve pas l'espace de parole pour narrer son histoire de vie de chute et exprimer ses ressentis. Trop fréquemment, avec la contention « risque zéro », nous trouvons la « solution » au problème posé, au dépend d'une liberté escamotée. Notre emprise à vouloir trop bien faire, pensant protéger le patient contre lui-même, étouffe la manifestation même de cette parole narratrice. Il apparaît donc qu'une contention (comme la plupart des contentions qui ne sont pas à la demande du patient), est une réponse inappropriée à la chute et, par conséquent, du soin attentif qu'elle requiert. La négation de la chute et des soins qui lui sont dédiés ont-ils une incidence sur la mise en contention physique du patient ?

Pendant que l'autre qui a chuté ou chu dans la rue, nous fait rire, lui en a honte. Mais au sein même du service de soins, le rire peut-il fuser ? Nous essayerons de voir de quelle manière, et dans quel contexte. Ce sera aussi pour nous l'opportunité de nous arrêter sur ces deux concepts que sont le rire et la honte. Comment et pourquoi se manifestent-ils en résonance avec et dans cette situation ?

La chute pouvant provoquer la douleur et générer de l'attente, cette attente nécessaire pour la soulager, peut induire une impatience, impatience qui, nous le savons, amplifie à son tour la douleur. Enfin, au nom de l'unicité de l'être, il n'existe pas deux chutes identiques.

Cette situation, somme toute banale, soulève donc des interrogations

⁵. Arrivé, Michel, *Verbes sage et verbes fous*, nouv. éd. revue, Paris, Belin, 2010, pp. 57-58.

techniques et politiques autour de l'investissement des corps dans le re-lever du patient, acte totalement nié dans la pratique, alors qu'il s'agit d'un geste premier dans le secours porté au sujet, le soin porté au patient. Il est premier au sens d'une extrême importance, alors qu'il est vu comme bénin, face à des soins dits d'une plus haute technicité. L'importance du vécu de la chute par le sujet n'est-il pas balayé par une prépondérance accordée à la technique ? N'inverserions-nous pas l'échelle des valeurs du soin ? Et enfin, la chute est-elle ce qui fait perdre à l'homme son éminence ou bien ce qui révèle sa vérité ?

Comme tout soignant, après avoir, *a priori*, constaté aucune conséquence grave, nous nous échinons à transférer du sol au lit, le patient tombé.

Si dans la première partie de notre thèse, nous avons tenté de porter notre attention sur la chute concrète du patient, en cette deuxième étape consacrée au lit, nous serons amenée à réfléchir sur l'alitement de celui qui vient de choir. Mais en tant que soignant de chevet, nous aborderons tout simplement le lit du malade hospitalisé. Parce qu'il est support essentiel du patient, comme nous le verrons, cet objet d'étude de la deuxième partie, soulève de nombreuses questions.

Infirmière dans ce centre hospitalier situé au cœur de Paris, nous devons indiquer quotidiennement à l'administrateur de garde le nombre de lits disponibles, justement, objet indissociable du patient hospitalisé ; les malades nous sont, ensuite, adressés par le service des urgences. Dans un autre ordre d'idée, lui donnant une autre importance, le lit, avec la certification doit coûte que coûte être occupé, peu importe l'effectif du personnel ainsi que l'intensité des soins à prodiguer. Seule, la disponibilité du lit prime.

Lorsque nous recevons l'inconnu, même valide, nous lui proposons systématiquement et avec conviction de rester alité. Lorsque le patient néglige cette vive recommandation, nous lui exprimons notre mécontentement verbalement, ou par une attitude hostile. Envoyer un enfant au lit peut être pour lui la pire des punitions ; en est-il de même pour le patient adulte ? Le malade est couché.

Nous faisons notre métier de soignant, le malade ne doit-il pas se plier, comme nous, au rituel, pour faire son « travail de patient » ? Et puis subrepticement, le lit se module en table d'examen, notamment lors du passage du corps médical. Trop souvent, les draps, retirés pour une démonstration clinique ne sont pas remontés pour recouvrir l'alité. Ne s'agit-il pas là d'une intrusion dans son intimité ? Ici, le malade est tombé et, une fois relevé, il élit domicile dans un lit, provisoirement, en principe. Là, il reçoit son repas, là est posée la télécommande de la télévision, là aussi, le bassin et l'urinal sont utilisés ; lorsque le malade est condamné à l'alitement, par la force des choses, le lit devient le lieu de vie du patient. Pour autant, pouvons-nous l'envisager comme un habitat ? C'est bien ici qu'il mange, élimine, rêve, cauchemarde, se repose, souffre. Est-il possible que ce lieu-lit, puisse être propice au repos du corps, à son abandon ? Et dans cet abandon, l'érotisme y a-t-il droit de cité ? Ne devient-il pas inopportun, et même sacrilège ? Le malade ne doit-il pas se garder de toute proximité amoureuse avec son proche ?

Le lit du patient n'est donc ni le lit-tendresse de l'enfant, ni le lit de l'amour, ni même le lit de mort, ou pas encore.

Et qu'en est-il lorsque nous nous autorisons à transformer le couvre-lit en paillasse de soins, en y déployant crânement nos ciseaux, pinces *Kocher*⁶, bandages et flacons d'antiseptique ? N'est-ce pas là une manière de nous réapproprier cet espace privé ? Mais ce lieu, même s'il est le territoire du patient, n'est-il pas avant tout un lit de passage, un lit de la communauté ? N'est-il pas continuellement carrefour des rencontres : médecins, soignants, familles ?

Et qu'en est-il de la réfection de lit ? Induit-elle des relations particulières de travail ? Et à l'opposé, les relations de travail induisent-elles une manière de faire un lit ?

⁶. Pince pour clamper, dévisser tubulures de perfusion, manier les compresses... Du nom de son inventeur : chirurgien Suisse, prix Nobel 1909.

Tout au long de cette deuxième partie, nous tendrons à comprendre comment le lit, réceptacle de réconfort peut devenir lieu-lit de souffrance.

Là encore, les témoignages de soignants et soignés soutiendront ce questionnement. Quelques philosophes et quelques écrivains, nous aideront à asseoir notre réflexion. Le cheminement que nous nous proposons, pour évoquer au mieux, ce souci de lit est le suivant : nous chercherons de quel héritage advient ce meuble, ses symbolismes et les fonctions qui lui sont attribuées dans notre société.

Ensuite, nous évoquerons ce que peut être une réfection de lit, soin indirect et quotidien du soignant. Offrir au patient son lit-propre fait partie de son accueil même. La réfection de lit nous permettra d'être attentive à cette activité artisanale ainsi qu'à ses bricolages. La relation au travail, la relation du soignant au soignant, mais aussi celle du soignant au patient alité, apparaîtront au fil de notre narration.

Le lit deviendrait le territoire du patient, mais devons-nous penser qu'il y loge ou qu'il y habite ? Nous réfléchirons aux notions de public et privé, du dedans et du dehors, d'extériorité et d'intériorité, et puis nous découvrirons peut-être un autre lieu qui n'est ni le dehors ni le dedans, mais peut-être les deux à la fois.

Dans cette deuxième partie, nous aurons cerné le rôle primordial du lit, meuble répertorié, et mis en lumière les tensions entre l'aspect gestionnaire et l'approche clinique, soignante, dans sa manifestation au quotidien. Après la chute, ce lieu de soin et domicile provisoire du patient, est donc le point d'entrée de la troisième partie de cette thèse. Le patient ayant chu, après avoir été relevé du sol et transféré sur *son* lit, sera encore et « simplement », objet et sujet de nos soins. Nous reposerons alors la question du soin attentif : comment prendre au mieux soin de lui, en tentant de répondre à ses besoins, afin de pallier ses incapacités temporaires, chroniques ou permanentes ?

Dans cette perspective de notre troisième partie de thèse, nous choisissons

de réfléchir sur un soin emblématique, où l'un semble dépendre de l'autre d'une manière univoque. Il s'agit de la toilette, non pas la tenue vestimentaire, mais le soin de la propreté du corps, touchant au corps-même.

Dans les soins infirmiers, le premier acte délégué d'emblée et sans préambule aux étudiants est justement celui-là. À ce jour, il est toujours considéré comme le plus simple à accorder aux stagiaires. Vue comme accessoire, la toilette est reléguée à la périphérie des « véritables soins » que sont les prélèvements sanguins et autres actes « nobles », relevant de la technique.

Comme dans un rituel, le stagiaire devra « mettre la main à la pâte », c'est-à-dire aider le malade dans ses besoins quotidiens : faire ou l'aider à effectuer sa toilette, ou bien l'aider à s'alimenter pour pouvoir « piquer ». Ce sera là comme le premier pas à franchir pour accéder à d'autres apprentissages de plus en plus techniques. Les soins dits de « base » sont en effet au bas de l'échelle des activités, car elles ne semblent réclamer aucune expertise technique, aucune capacité de jugement, aucun discernement : ils vont de soi. Pour la plupart d'entre nous, faire sa toilette s'enracine dans les premiers apprentissages de notre existence, acte qui nous accompagne dans notre vie, au quotidien. D'ailleurs, nous la réalisons sans y penser. Et plus encore, c'est un moment privilégié pour penser à autre chose. Pourtant la toilette complète, c'est-à-dire entière d'un patient alité est un soin premier et primordial, comme le re-lever, loin d'aller de soi. Il implique deux, voire trois personnes que sont le soigné puis un ou deux soignants.

Dans une cité, dans une chambre d'hôpital, loin du spectaculaire, la toilette, soin dit banal, échappe à la fébrilité du tout technoscientifique et, pourtant, elle requiert du temps, un investissement psychique et physique du patient et du ou des soignants. Elle exige un savoir-faire et un savoir-être du soignant, et nous dirons même du patient. Ce soin si banal nécessite du temps. De fait, il mobilise d'importantes ressources humaines. Cependant, il est conforme à une routine qui relève d'une dynamique sérielle que clôt une croix ou une encoche dans une case de la plupart des dossiers de soins infirmiers. Il est une tâche immergée dans une

série de gestes, alors qu'il est de l'ordre de l'unique, de l'extra-ordinaire. En quoi ce soin ordinaire est-il au fond si extra-ordinaire ?

Le mépris de la toilette, soin du rôle propre (certains diront sale) serait-il représentatif du contexte socio-professionnel dans lequel il s'exprime ?

En dehors des services de soins palliatifs, ce soin ne requérant aucune ou peu de qualification est dévalorisé. Pourtant dans cette situation, le soignant de chevet est son propre outil de travail.

Par « dévalorisé », nous entendons : sous-estimé, déprécié, situé au-dessous de sa valeur réelle. Comment cela se traduit-il dans la pratique ? Quelles difficultés parasitent ce soin, le réduisant à son aspect utilitaire, à une « peau de chagrin », en son sens littéral et métaphorique ? Au-delà d'une visée hygiéniste, ne pourrait-il pas être prétexte à la rencontre d'une personne, à la rencontre d'autrui ?

Nous proposons de cheminer ainsi : à défaut de ne pouvoir aborder précisément l'évolution de la toilette en milieu hospitalier, moins bien documentée, nous aborderons les usages, pratiques et représentations de la toilette, de l'Antiquité à nos jours, en Occident. La toilette pratiquée en milieu hospitalier en aura inévitablement été influencée.

Nous évoquerons l'histoire de la profession d'infirmière. Depuis toujours, avec l'alimentation, les soins du corps sont les deux axes essentiels de la pratique soignante, et la toilette en est l'activité emblématique. Elle concerne effectivement notre rôle propre, c'est-à-dire ce qui relève de notre initiative, non prescrit par le médecin. Nous raconterons l'histoire des femmes soignantes, les représentations et la professionnalisation de l'infirmière. Nous engagerons une réflexion phénoménologique sur la toilette en milieu hospitalier, au quotidien, avec sa dimension temporelle.

L'alitement, la toilette, peuvent être aussi un temps opportun, où le patient fait un retour sur soi, psychologiquement mais aussi physiquement. Nous redécouvrirons alors un autre objet, curieux, surprenant et inattendu à la fois : le

miroir.

Nous nous aiderons de quelques concepts philosophiques pour tenter de lever le voile sur certains aspects pratiques de ce soin, en milieu hospitalier, tout en portant un éclairage sur les possibles raisons de sa dévalorisation.

Nous montrerons en quoi le soignant est un médiateur pour le soigné, et nous essayerons de comprendre les difficultés que cette relation peut engendrer entre soignant et soigné, dans cette situation particulière : la toilette du patient alité.

Nous développerons une réflexion sur la relation triangulaire qui se déploie entre soignants, patients et leurs proches, puis l'institution, fondée sur la question sous-jacente de la responsabilité.

Enfin, nous devons soulever aussi la question de l'écriture et de l'oral autour des soins, lesquels soins doivent se poursuivre sans interruption, de jour comme de nuit, malgré la tempête, la grève, ou la panne de réveil.

L'approche phénoménologique et narrative imprégnera l'ensemble de notre travail. Nous essayerons donc de dire les choses telles qu'elles nous apparaissent.

PREMIÈRE PARTIE

LORSQU'IL EST QUESTION DE CHUTE

Cependant elle tombait, tombait, tombait. Il n'y avait rien d'autre à faire⁷. [...] Alors qu'hier les choses se passaient si normalement. Est-ce que, par hasard, on m'aurait changée au cours de la nuit ? Réfléchissons : étais-je identique à moi-même lorsque je me suis levée ce matin ? je crois bien me rappeler m'être sentie un peu différente de l'Alice d'hier. Mais si je ne suis pas la même, il faut se demander alors qui je peux bien être ? Ah, c'est là le grand problème !⁸

⁷. Carroll, Lewis, *Les aventures d'Alice au pays des merveilles*, Paris, Aubier- Flammarion, 1970, p. 85.

⁸. *Idem*, p. 97.

CHAPITRE PREMIER – CHUTE ?

1. Quand parlons-nous de chute ?

La chute selon le dictionnaire⁹ : (de « chu », participe passé de « choir ») est le fait de tomber, de se détacher de son support. En physique, elle est mouvement des corps vers la terre, déterminé par l'action de la pesanteur.

Choir, « tomber », traduit du grec *ptôma*, signifie à la fois la chute et le cadavre ; toutefois la langue dans sa vitalité contredit l'étymologie : « elle n'aimait pas tomber enceinte, mais elle aimait tomber amoureuse ». Ce sont là des propos recueillis¹⁰ évoquant plutôt la vie. Ils illustrent le passage brutal d'un état à un autre. « Chuter » ou « choir » peuvent aussi renvoyer à la question du cadavre, du latin *cadaver*, de *cadere*. La chute résonne avec cette idée de la mort de quelque chose ou de quelqu'un. Nous essayerons de comprendre en quoi cette résonance peut concerner les patients, dans le champ du soin et, plus précisément, ceux pour qui la chute enterre une période à jamais révolue de leur

⁹. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, Paris, J.J. Paubert éd. (Vol. 1-4), Paris, Gallimard Hachette (Vol. 5-7), 1956-1957 et 1957-1958, Vol. 2, pp. 318-319 : Choir (*Littéraire*). Être entraîné vers le bas par son propre poids, selon la loi d'attraction, à la suite d'une rupture d'équilibre. Le synonyme le plus usuel est le verbe « tomber ». Nous pouvons associer à ce vocable une autre forme littéraire également : « laisser choir ».

¹⁰. Arrivé, Michel, *Verbes sages et verbes fous*, Paris, Belin, 2010, pp. 243-244.

existence.

2. Chute incarnation

La mort et la naissance se lient naturellement et cette connivence nous renvoie à la conception de la naissance chez Platon dans le *Phèdre* : elle s'origine dans la chute de l'âme.

Quand elle [l'âme] est parfaite, et porte des ailes, elle s'élève dans les hauteurs et gouverne le monde entier ; quand elle a perdu ses ailes, elle est entraînée jusqu'à ce qu'elle saisisse quelque chose de solide ; là, elle établit sa demeure, prend un corps terrestre qui semble se mouvoir de son propre mouvement grâce à la force qui appartient à l'âme ; l'ensemble ainsi constitué, corps et âme étroitement unis, reçoit le nom de vivant, et on le qualifie de mortel¹¹.

Est aussi signifiée par la déchéance de l'âme le passage d'un état de connaissance suprême à un état d'ignorance¹². Le savoir ne serait qu'une réminiscence (en grec *ἀνάμνησις*, *anamnèsis*, en latin *reminisci*, se souvenir), une reviviscence en quelque sorte de connaissances avec la naissance.

L'âme après s'être plongée dans le fleuve Léthé (*Λήθη*, oubli en grec), s'incarne donc dans un corps-prison (*σώμα* en grec, *soma-sêma*) ou bien corps-tombeau (*To soma estin hemin sema* : le corps est le tombeau de l'âme). Certains le compareront au supplice infligé par les pirates étrusques¹³ qui attachaient un homme vivant à un cadavre¹⁴. Dès lors, l'âme voit ses connaissances universelles acquises dans un monde précédent, effacées ; il faudra alors se libérer de la contrainte corporelle par le travail philosophique¹⁵. « Or, l'esprit biblique nous

¹¹. Platon, *Phédon, Le Banquet, Phèdre*, Saint-Amand, Cher, Gallimard, 1991, p. 191, 246, b.

¹². *Idem*, p. 39, 76, a. « Aussi, je le déclare, de deux choses l'une : ou bien nous sommes nés avec la connaissance des réalités en soi, et nous conservons tous cette connaissance pendant notre vie, ou bien, après la naissance, ceux dont nous disons qu'ils s'instruisent ne font que ressouvenir, et dans ce cas l'acte d'apprendre serait une réminiscence. »

¹³. La civilisation étrusque s'est développée en Italie centrale, principalement en Toscane, du VII^e siècle jusqu'au 1^{er} siècle av. J.-C.

¹⁴. Aristote, *Partie des animaux, Livre I*, Traduction de J.-M. Le Blond, Introduction de Pierre Pellegrin, Paris, GF-Flammarion, 1995, Notes de J.-M. Le blond, p. 96.

¹⁵. Platon, *Phédon, op. cit.*, pp. 47-48, 82 : « Les amis du savoir n'ignorent pas ceci : quand la philosophie a pris possession de leur âme, cette dernière était étroitement liée au corps, et collée à lui ; elle était contrainte de voir les réalités pour ainsi dire à travers les barreaux d'une prison

semble tout autre, qui souffle cette idée selon laquelle le monde et le corps peuvent devenir pour l'âme lieux de chute, mais peuvent aussi devenir lieux d'élévation »¹⁶. En effet, le corps peut s'avérer source de honte, de peine, de souffrance mais aussi d'émerveillement et de joie. Pensons à ce que nos perceptions nous offrent en nous révélant un parfum, une couleur, une saveur... Cependant, à travers notre expérience de soignante, la question de la honte nous semble être très souvent et indéniablement un sentiment vécu et exprimé par les patients dans la maladie ; un peu plus tard, nous l'aborderons nécessairement car la chute physique attise ce sentiment. Mais en attendant, abordons d'autres significations de la chute.

3. Chute incarceration

Il est une autre chute qu'Anne Lécu nous « raconte » dans sa thèse¹⁷ : elle concerne la condition carcérale : la détention en prison. « Pourquoi es-tu tombé ? » se demandent mutuellement les codétenus. La chute est ici conséquence, un résultat mais elle est aussi la traversée même de l'épreuve de l'incarcération, rejaillissement de la souffrance psychique, le vécu dans la chair, c'est-à-dire l'expérience.

Pour ce qui est de la maladie, notamment de la maladie chronique, les témoignages sont aussi les récits de personnes éprouvées dans l'espace-temps de leur existence et dans leur chair. Il est alors question de modification du corps et de remaniement psychique pour le ré-appivoiser, l'adapter ; c'est aussi l'émergence d'une autre dimension temporelle et sa mesure qu'il va falloir vivre, habiter dans un espace confiné. La chronicité de l'altération devient le chef d'orchestre de l'existence ; et comme son nom l'indique, elle en donne toute la

constituée par son corps, au lieu de faire par ses propres moyens et à travers elle-même, et elle se vautrait dans une ignorance absolue. »

¹⁶. Fiat, Éric, *Corps et âme ou : qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal...*, Nantes Éditions Nouvelles Cécile Defaut, 2015, pp. 34-35.

¹⁷. Lécu, Anne, Travail de thèse sous la direction de Dominique Folscheid, *L'épreuve, « La prison-pharmakon » : remède et poison*, Université Paris-Est, 2010, p. 14.

mesure et toute la cadence¹⁸, mais cette temporalité est multiple ; elle est sur la durée et se fait durée.

Je suis comme une pierre qui chute. La seule certitude est celle d'une irrépressible déchéance. Si l'on espère encore l'inversion de la gravitation, ce n'est que pour échapper à la folie qu'une telle certitude ne manque pas d'engendrer. Le malade, lesté d'un fardeau de chair, n'est plus qu'un poids, qui ne cesse de tomber. Seule la résistance de l'air lui confirme son existence. Mais cette chute se fait au ralenti. Elle peut durer dix, vingt ou trente ans. C'est difficile à évaluer...¹⁹

Nous retrouvons cette cristallisation dans l'expérience de la chute corporelle chez la personne âgée dont la chute physique, ses conséquences, le nombre de traumatismes ont un impact sur le devenir, son existence même et, tout comme dans la maladie chronique, peut aller jusqu'à bouleverser la vie des proches.

4. Chute escarpement

La chute est polysémique, cependant, généralement, elle porte en elle une négativité, un malheur qui peut se présenter comme un escarpement, un obstacle. Elle sert également, tout comme la lapidation, dans les sociétés dites primitives et antiques, la mise à mort de celui qui est mis à l'index car trop différent, le dangereux, parce que menaçant la paix du groupe, du collectif. Cet escarpement s'inscrit dans une visée rituelle ou pénale²⁰. Symboliquement, il fait office de crucifixion, il est, nous dit René Girard, suscité par le désir mimétique d'exclure autrui de nos murs, il est le fédérateur du « tous » contre « un »²¹, pour éviter le « tous » contre « tous » qui anéantirait la communauté. Ainsi le « tous-contre-un » sauve dans un élan *cathartique*²² la cohésion du groupe²³. Étymologiquement, la

18. Marin, Claire, *Hors de moi*, Paris, Éditions Allia, 2008, p. 10.

19. *Idem*, p. 30.

20. Girard, René, *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset, 1982, p. 248.

21. Girard, René, *Je vois Satan tomber comme l'éclair*, Paris, Éditions Grasset & Fasquelle, 1999, p. 45.

22. Cassin, Barbara (sous la direction de), *Vocabulaire Européen des Philosophies*, Tours, Éditions du Seuil-Dictionnaire Le Robert, 2004, p. 212. « Le mot katharsis [καθαρσις] est d'abord lié aux rituels de purification, avant de devenir un terme hippocratique relevant de la théorie des humeurs. Il a été investi par la Poétique d'Aristote, qui a infléchi son sens en soutenant, contre Platon, que la tragédie et le théâtre peuvent soigner l'âme en lui donnant du plaisir [...]. En psychanalyse et en psychothérapie, la « méthode cathartique », que Freud dégage progressivement

catharsis vient du mot grec [καθαρσις], « purgation », « purification » qui est séparation du « bon d'avec le mauvais ». Désormais, l'homme à abattre, le bouc émissaire se fait cible à la convergence de toutes les tensions ; il cristallise toutes les oppositions et rivalités, en devient le carrefour. Tout comme la lapidation, la chute du haut d'une falaise devient, comme l'analyse René Girard, le « *pharmakos rituel* »²⁴, le [φαρμακος], étant celui qu'on immole en expiation des fautes d'un autre, à distinguer du « *pharmakon* » [φαρμακου], signifiant le remède ou le poison.

Et, se levant, ils le poussèrent hors de la ville et le conduisirent jusqu'à un escarpement de la colline sur laquelle leur ville était bâtie, pour l'en précipiter. Mais lui, passant au milieu d'eux, allait son chemin²⁵.

Le « *Pharmakos* » par excellence pourrait être Jésus ; il n'a pas fauté, il est innocent, grâce à sa volonté de tendre vers Dieu, il invite à détourner les rivalités mimétiques, pour justement éviter le « *tous* » contre « *tous* » qui au fur et à mesure s'en retourne contre le « *Un* »²⁶. Dans cette visée, il devra inciter à une prise de conscience de l'injustice de cette violence collective²⁷.

En milieu hospitalier, ces éclairages, à travers le concept de « bouc émissaire », nous aideront peut-être à élucider plus loin la question de la non reconnaissance en tant que véritables soins, ceux, liés à la chute du patient et, peut-être même, la non reconnaissance du patient lui-même.

5. Chute des nues

Les mythologies n'ont de cesse que de nous renseigner sur l'existence et ses

de son lien à l'hypnose, est liée à l'abréaction, à la décharge émotionnelle qui, par l'entremise du langage, permet d'évacuer l'affect lié à un événement traumatique. Entre purification et purgation, l'oscillation du sens, sous la constance d'un mot qui a traversé les langues, n'a cessé de donner matière à polémiques et à réinterprétations. »

²³. Girard, René, *Je vois Satan tomber comme l'éclair*, op. cit., p. 49.

²⁴. Girard, René, *Le bouc émissaire*, op. cit., p. 248.

²⁵. *Idem*, p. 251. Citation Luc (Le 4, 28-30).

²⁶. Girard, René, *Je vois Satan tomber comme l'éclair*, op. cit., p. 72.

²⁷. *Idem*, p. 95.

problèmes philosophiques universels, ainsi, pour s'échapper de l'île de Minos, Dédale fabrique des ailes qu'il colle avec de la cire, pour son fils Icare,

Icare, lui dit-il, je t'exhorte à prendre le milieu des airs. Si tu descends trop bas, la vapeur de l'onde appesantira tes ailes ; si tu voles trop haut, le soleil fondra la cire qui les retient. Évite dans ta course ces deux dangers. Garde-toi de trop approcher de Bootès, et du char de l'Ourse, et de l'étoile d'Orion²⁸.

Et l'on voit Icare, grisé par les hauteurs, s'élever encore et encore, prodigieusement et imprudemment dans le ciel. Puis s'approchant du soleil, ses ailes fondent, ne lui tiennent plus au corps hélas, le lâchent et le malheureux héros se noie alors dans la mer qui portera son nom (la Mer Icarienne)²⁹. La chute d'Icare renvoie à celle de Phaéton³⁰ ([*φαιθων*], le brillant, fils d'Hélios, le dieu-Soleil et de l'Océanide Clymène. À contre cœur, son père Phébus, lui accorde une faveur, celle de conduire le char du Soleil toute une journée. Phaéton, malgré les avertissements des possibles dangers et difficultés, prend les rênes du quadrigé solaire. Effrayé par l'éloignement vertigineux de la terre, par l'emballement des chevaux, et par les animaux monstrueux du Zodiaque qu'il rencontre, il perd la maîtrise de son attelage. Dans ce désarroi, les chevaux, devenus fous galopent à perdre haleine, au point de mettre sens dessus-dessous le ciel et la terre. Et c'est alors que Zeus foudroie l'imprudent Phaéton, pour avoir voulu atteindre les cieux. Sa chevelure enflammée, il tombe dans le fleuve Éridan. Ces mythes ne sont pas sans nous rappeler le mythe de Prométhée³¹ (*Prométheus*, [*προμηθευς*]), celui qui pense avant de prévoir : l'imprudent, donc. Souvenons-nous, Épiméthée (*Epimêtheus* [*Επιμηθευς*]), celui qui pense après coup, répartit entre les animaux toutes les facultés et n'en laisse aucune pour l'homme. Celui-ci, alors démuné de tout attribut naturel, qui lui permettrait de subsister devant l'adversité, est condamné à disparaître. Pour réparer cette répartition inéquitable, son frère

²⁸. Ovide, *Métamorphoses*, Livre II, trad. G. Lafaye, Paris, Les Belles Lettres, (1928), 1969, vers 203.

²⁹. La Mer Icarienne se trouve dans une partie de la mer Méditerranée appelée Mer Egée.

³⁰. Ovide, *Métamorphoses*, Livre II, *op. cit.*, vers 19-332.

³¹. Platon, *Protagoras*, traduit par Alfred Croiset, Paris, Les Belles Lettres, 1984.

Prométhée s'engage à aller au-delà de sa mission qui est de donner le souffle de vie. Il commet alors le vol des arts et du feu céleste chez Héphestos et Athéna. Le feu est l'intelligence technique ou la raison instrumentale ; il est la force universelle qui permet de conserver la vie. Si Prométhée a pu voler le feu, il n'a pas eu le temps de dérober à Zeus l'intelligence politique et morale. Plus tard, dans une seconde intervention, Hermès (*Hermêneus* [ερμηνευς]), l'interprète, le messager, y parviendra et, sur le conseil de Zeus, il distribuera l'intelligence politique à tout homme, pour que chacun ait part à la vertu civile, et qu'ainsi elle puisse entrer en la cité. En attendant, pour avoir commis son larcin, Prométhée est condamné à demeurer enchaîné sur le Mont Caucase ; son foie est à la merci de l'Aigle du Caucase qui s'acharnera sur lui chaque nuit, le laissant se régénérer le jour pour mieux le grignoter au soleil couchant ; ce pourquoi la souffrance de Prométhée devient infinie. Dans ce mythe de Prométhée, l'hybris [en grec, μβρις] est évoquée. Elle est démesure, inspirée par l'orgueil.

Dans le champ du soin, nous parlons d'obstination, toujours en tant qu'elle est déraisonnable, en tant qu'elle est acharnement thérapeutique mais, validée par le patient lui-même, et lorsqu'il est loyalement informé, cette obstination peut devenir persévérance. Elle peut également s'inscrire dans l'espoir légitime de guérison. Toutefois, nous pensons que bien souvent il y a démesure, notamment lorsque la technique devient une fin en soi. Il nous revient à l'esprit le cas de ce malade, en service de réanimation, pour qui la pesée devait être biquotidienne ; placé dans une chambre sans porte, ni paravent, il bénéficiait d'un lit dont la performance intègre un système de pesée. Rappelons aussi que, pour accéder à son corps dans l'urgence et lui délivrer les soins nécessaires, le patient ne porte aucun vêtement. Deux fois par jour, donc, son drap est retiré, le laissant nu comme un écorché vif. Le soignant justifie ce procédé pour, nous dit-il, « viser » au plus près son poids réel.

La technique arraisonne la nature, elle l'arrête et l'inspecte, et elle l'ar-raisonne, c'est-à-dire

la met à la raison, en la mettant au régime de la raison, qui exige de toute chose qu'elle rende raison, qu'elle donne sa raison. – Au caractère impérieux et conquérant de la technique s'opposent la modicité et la docilité de la « chose »³².

Ainsi elle en fait de même pour l'homme. Cet homme alité est lui aussi, à ce moment-là, arraisonné à la performance de ce lit. Il devra se plier à son exigence. N'est-ce pas là une situation, où nous pouvons dire que l'*homo faber* prend le pas sur l'*homo sapiens* ?

6. Chute noyade

Quelquefois, nous ne nous contentons pas de faire notre « métier d'homme »³³, nous tendons à rivaliser avec Dieu. Miguel de Azambuja, dans *Et puis, un jour, nous perdons pied*³⁴, nous apprend qu'en danse classique, il y a cette aspiration à voler, à dépasser sa condition humaine, à égaler les dieux ; s'extraire du sol, braver la gravitation et son emprise, à l'abri du temps et de la mortalité. Choir peut vouloir dire tomber mais aussi s'envoler. Choir et chuter, que Littré considère comme des synonymes, peut vouloir dire s'envoler mais aussi se noyer ; ce qui arrive à Narcisse (En grec, *Narkissos* [Νάρκισσος] : ensommeillement, engourdissement), faute de reconnaître son image reflétée dans le miroir d'eau, il en tombe amoureux jusqu'au dépérissement. Sur le terrain du soin en institution hospitalière, le syndrome de Narcisse est parfois aux aguets. Prenons les transmissions écrites que nous effectuons. De toute évidence, elles sont instaurées pour permettre une continuité et cohérence dans le suivi des soins au patient, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Il est remarquable de noter que bien souvent, ces transmissions se focalisent sur les actions posées isolément, de manière cloisonnée, indépendante, par chaque soignant ; elles sont détachées du malade, comme s'il était en périphérie du contexte des soins, au lieu d'y être intégré, comme nous le dit la phrase phare et officielle « Le patient au cœur du soin ».

³². Heidegger, Martin, *Essais et conférences, La question de la technique*, traduit de l'allemand par André Préau, note de bas de page, [Paris], Gallimard, cop. 1958, note p. 26.

³³. Alexandre Jollien : *Le métier d'homme*, Paris, Seuil, Octobre 2002.

³⁴. Azambuja, Miguel de, *Et puis, un jour, nous perdons pied*, op. cit.

C'est ainsi que madame L., hospitalisée, pour de multiples pathologies, se voit prescrire par chaque spécialiste une ordonnance. Et tour à tour l'un retirera un ou deux des médicaments prescrits par son collègue, pour pouvoir intégrer le traitement qui lui paraît prioritaire, et qui bien-sûr relève de son expertise. Selon les dires d'une majorité de soignants, la priorité est de se garantir face aux éventuelles plaintes, de se protéger avant tout, en oubliant que bien souvent la plainte n'est pas du fait de notre erreur elle-même mais bien suscitée par notre négligence ou indifférence vis-à-vis du patient et/ou de ses proches : l'erreur étant seulement le déclencheur de la plainte, pour ne pas dire le prétexte. La finalité est alors de souligner nos actions, d'ordre technique, bien souvent, de nous mirer tel Narcisse se reflétant dans l'eau, dans la grille des actes relevant de prescriptions médicales ; ceci nous rassure sur notre légitimité de soignante. Cette approche fragmentée du soin nous éloigne de la réalité du malade. Nous verrons plus loin que la fiche de traçabilité concernant la chute physique est renseignée dans le même esprit, et que le vécu du patient y tient bien peu de place.

7. Chute comme acte d'amour

Que la chute soit platonicienne ou chrétienne, elle tendrait à avoir pour corollaire le dépouillement³⁵. Pour Platon, grâce à la philosophie, l'âme incarnée doit de se dépouiller de son corps, pour accéder à la sagesse ; pour le christianisme, le dépouillement de Dieu, pour se faire homme est une chute. Cette chute est la Kénose, dans laquelle Dieu s'incarne en Jésus-Christ et accepte, en se faisant homme, de souffrir en la personne de Jésus, corps et Esprit. La Kénose vient du grec *Kénoô* [κενωω], vide, dépouillé. Elle vient signifier l'humilité : la chute principielle qui permet l'élévation de l'humanité, en l'exhortant à suivre la voie du créateur.

Lui, de condition divine, ne retint pas jalousement le rang qui l'égalait à Dieu. Mais il s'anéantit [εκενωσεν] lui-même, prenant condition d'esclave, et devenant semblable aux

³⁵. Lécu, Anne, *L'épreuve, « La prison-pharmakon » : remède et poison, op. cit.*, p. 29.

hommes. S'étant comporté comme un homme, il s'humilia plus encore, obéissant jusqu'à la mort, et à la mort sur une croix !³⁶

Sur le fond, du point de vue du christianisme, il s'agirait d'une chute, *stricto sensu*, d'une descente auprès de l'humanité marquée du péché originel, pour sa rédemption. Le sacrifice est choisi. C'est notre ignorance d'humain qui verra sans comprendre, choir Jésus, par trois fois sur le chemin de son supplice, avant de le mener à la croix, puis au tombeau, sans imaginer la résurrection. Le message ici est-il non pas de chuter mais de se relever ? Telle est la différence d'avec la chute de l'âme dans la sagesse grecque³⁷. Dans ce prolongement et selon certains penseurs³⁸, la pensée chrétienne considère la maladie comme punitive du péché d'Adam dit « Le Glébeux³⁹ » et d'Ève, « La Vivante⁴⁰ », puis bénéfique, cependant, par le rachat qu'elle engendre : la grâce et le pardon de Dieu.

8. Chute comme faute

La chute ouvre ou plutôt, rétrospectivement, ferme l'ère d'une innocence perdue : le fait de tomber en disgrâce, de commettre une faute. Elle nous renvoie au péché originel⁴¹, hérité de nos aïeux Adam et Ève, et transmis à toute l'humanité. Pour ce qui est de ce « péché » que nous pourrions dire contracté passivement, le baptême nous en délierait. D'autres voix viennent en controverse de cette doctrine, celle de Kant, par exemple, portée par les Lumières :

Quelle que soit l'origine du mal moral dans l'homme, la plus inadéquate de toutes les façons de se représenter la diffusion et la continuation de celui-ci dans tous les membres de notre espèce et dans toutes les générations consiste à se le représenter comme étant venu de

³⁶. Philippiens (Épître aux), 2, 6.

³⁷. Lécu, Anne, L'épreuve, « *La prison-pharmakon* » : remède et poison, *op. cit.*, p. 28

³⁸. Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986, p. 139.

³⁹. Issu de la glèbe, de la terre.

⁴⁰. Genèse 3, 20 : « L'homme appela sa femme Ève [Hawwah] (c'est-à-dire : la vivante), parce qu'elle fut la mère de tous les vivants. »

⁴¹. L'expression « Péché originel » apparaît pour la première fois avec Saint-Augustin dans *Les Confessions*, Livre V, IX, 16 nous explique Maldamé, Jean-Michel, *Le péché originel. Foi chrétienne, mythe et métaphysique*, Coll. Cogitatio fidei n°262, Paris, Cerf, p. 25-26.

nos premiers parents par hérédité⁴².

Ladite controverse nous autorise alors à penser la question de l'origine du mal, avec le regard de l'homme libre et responsable. En effet, si le mal ne s'origine pas dans le péché des ancêtres, alors moi en tant qu'être conscient, je ne peux pas me dédouaner de l'acte mauvais sous prétexte qu'il est mauvais ; car lorsque l'acte est à l'inverse honorable, je le fais mien et l'assume. Aristote nous le rappelle en ces termes : « En de telles circonstances, c'est volontairement que l'homme agit ; la cause qui fait mouvoir ses organes réside en lui ; or avoir en soi-même le principe de ses actes, c'est avoir aussi en soi la possibilité de les exécuter ou non⁴³. » Autrement dit, il s'agit de notre responsabilité.

Jean-Jacques Rousseau, dans la *Première promenade*⁴⁴, répond d'une part à son expérience de chute sur le pavé, d'autre part, à un état de chute relevant d'un sentiment existentiel : « Je suis sur la terre comme dans une planète étrangère où je serois tombé de celle que j'habitois⁴⁵ » prend-il son inspiration chez Platon ou bien dans la Genèse ? Dans le *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*⁴⁶, l'homme à « l'état de nature » vit dans un paradis sur terre mais son avidité l'en a exclu. Pour Rousseau, l'ascension technique et intellectuelle de l'humanité nous éloigne de ce paradis pour nous précipiter dans la chute que nous retrace la Genèse⁴⁷. Cela nous donne à penser que sur la terre même, nous pouvons passer d'un état à l'autre. Selon Rousseau, la chute est perte de l'innocence originelle. Mais nous verrons plus tard, que tout comme

⁴². Kant, Emmanuel, *La religion dans les limites de la simple raison*, Paris, Vrin, 1965, p. 61. Cité par Cholvy, Brigitte dans son article « Le péché originel, une invention d'Augustin ? » in *Itinéraires augustiniens n°45 – L'homme pécheur- II. Augustin maître spirituel*.

⁴³. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Flammarion, 1992, p. 74.

⁴⁴. Rousseau, Jean-Jacques, *Œuvres complètes*, I, Paris, Pléiade, Gallimard, 1959, p. 999.

⁴⁵. Jenny, Laurent, *L'expérience de la chute de Montaigne à Michaux*, Paris, PUF/Écriture, 1997, p. 66.

⁴⁶. Rousseau, Jean-Jacques, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Paris, Gallimard Flammarion, 2008.

⁴⁷. Cité par Anne Lécu dans *L'épreuve, « La prison-pharmakon » : remède et poison*, op. cit., p. 35 : Jean Starobinski, « Sur l'origine de l'inégalité », Jean-Jacques Rousseau : *La transparence et l'obstacle*, Paris, Gallimard, tel n°6, 1971, p. 343.

Montaigne, il nous offre une réflexion à partir de son expérience de chute, non pas métaphysique mais bel et bien physique⁴⁸.

9. Chutes en cascades

Nous disons aussi qu'une chute est l'inattendu avec un trait d'esprit à la fin d'un récit. Sans oublier la masse d'eau qui tombe d'une certaine hauteur, intermédiaire entre la cascade (de l'italien *cascata*, issu de *cascare*, « tomber ») et la cataracte qui, en médecine, soulignons-le au passage, désigne l'opacité du cristallin évoluant vers une cécité partielle ou totale. Ce qui, au sens figuré, nous suggère la cécité dont, trop souvent, nous faisons preuve auprès des patients vulnérabilisés, et de leurs proches.

« En cascade » est une suite d'événements dont chacun est la conséquence du précédent. Étrange état que l'on nomme « syndrome de glissement » qui peut être une conséquence ou une cause de cascade de chutes. Nous choisissons d'approfondir cette notion dans le chapitre suivant, lorsqu'il s'agira de la chute en milieu hospitalier.

10. Chute comme mort

Une chute systémique, indéfinie : dans et autour de la maison, tout s'écroule et meurt. Edgar Allan Poe, dans cette maison des Usher⁴⁹, sait faire durer la chute, jusqu'à nous rendre l'atmosphère oppressante ; cette chute qui est effondrement. Elle coïncide avec la mort des derniers descendants de la vieille famille Usher. Et comme le souligne Bachelard, dans cette « langueur » de chute, le poète ne nous met pas devant une situation effroyable, mais *en situation d'effroi*⁵⁰. L'effroi ne nous vient pas de l'extérieur morbide, que l'auteur nous suggère, mais de ce frôlement intuitif et insaisissable de notre propre chute qui en réalité est de l'ordre

⁴⁸. Jenny, Laurent, *L'expérience de la chute de Montaigne à Michaux*, op. cit, pp. 55-75.

⁴⁹. Poe, Edgar Allan, *La chute de la maison Usher, Nouvelles histoires extraordinaires*, Paris, Le livre de Poche, 1972.

⁵⁰. Bachelard, Gaston, *La poésie de l'espace*, Paris, PUF, 1957, p. 130.

du mourir. Nous nous arrêterons sur cette question de la chute physique qui parfois se matérialise par l'immobilité du corps chu, couché à l'horizontale, nous rappelant aussi le corps mort, le cadavre.

11. Chute comme chaos

Dans *La chute*, Camus nous invite à approcher la complexité de l'être à travers J. B. Clamence dont la déchéance se traduit par le passage d'une position sociale de brillant avocat parisien, à celui de truand. D'élégant séducteur, il se transforme en client d'un bar malfamé de prostituées ; mais cette chute n'est-elle pas l'une des résultantes d'une chute autre, élément central dans sa trajectoire de vie ? Celle de cette jeune femme qui se noie et que ce héros n'essaie pas de sauver. Clamence « ne plane plus » comme il le dit lui-même, mais il fait juste un peu de « rase-mottes »⁵¹. Dans ce roman, Camus fait dire à Clamence : « Mais la terre est obscure, cher ami, le bois épais, opaque de linceul⁵² » et, dès lors, il enferme l'humanité et lui-même dans les ténèbres d'une chute éternelle, à l'image des canaux concentriques d'Amsterdam, ville où il échoue : il projette hors de lui, ce qu'il est, à l'intérieur de lui-même, sa propre errance intérieure.

Les ténèbres hantent aussi le récit de la Genèse, et au-delà. Dès qu'il y a confusion, indifférenciation, il y a retour vers le chaos originel. Les éléments se mélangent, et ce désordre n'apporte que malheur aux hommes : seule la distinction devient recours⁵³.

La chute est ruine, effondrement d'une tour, d'un personnage central ou d'un gouvernement, d'une famille, d'une grande famille comme peut l'être un peuple. À travers l'illustration de ce qu'elle nomme « le délabrement de la certitude morale », la philosophe Chantal Delsol propose une réflexion à partir

⁵¹. Camus, Albert, *La chute*, récit, France, Gallimard, 1956, p. 124.

⁵². *Idem*, p. 87.

⁵³. Delsol, Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie*, La nuit surveillée, Paris, Cerf, 2008, p. 81.

d'une longue analyse ethnographique⁵⁴ de la communauté des Iks, peuple vivant au Nord-Est de l'Ouganda, elle montre comment l'individualisme exacerbé peut induire « l'effacement éthique »⁵⁵. Cette analyse nous paraît transposable à nos sociétés modernes et tout-à-fait éclairante, jusque dans nos services de soin, et nous verrons comment.

La chute c'est aussi quand l'ange déchu, Lucifer, créature de Dieu, refusant d'en être le messager et le moyen, se rebelle, pour devenir une fin⁵⁶. La confusion, lorsque l'un se prend pour l'Autre, est une chute. Mais il existe aussi dans la nature, la *phusis* [φύσις] bien d'autres chutes : la chute des feuilles en automne, la chute d'eau... et ce qui a valu à Isaac Newton d'élaborer sa théorie de la gravitation ou de l'attraction universelle⁵⁷... la chute de la pomme mûre...

Après avoir déployé le riche éventail sémiologique du mot « chute » sans pour autant prétendre à une exhaustivité, nous proposons maintenant d'aborder ce qui nous préoccupe aussi en tant que soignant : la maladie.

⁵⁴. *The Mountain People*, New York, 1972, par l'anthropologue Colin Turnbull. Traduit en 1973, « *Un peuple de fauves* ». Par décision gouvernementale, le territoire des Iks a pris le statut de parc national. Ils refusent d'abandonner leur terre, leur mode de vie, leurs rites, mais voit leur monde déstructuré rapidement et profondément, jusqu'à anéantir l'empathie pour le plus faible.

⁵⁵. Delsol, Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie*, op. cit., p. 90.

⁵⁶. Fiat, Éric, *Corps et âme ou : qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal*, op. cit., p. 45.

⁵⁷. Aim.ufr-physique.univ-paris7.fr : « Si on suppose qu'une force attractive existe entre le soleil et les planètes, elle devrait exister entre tout corps, constitué de matière. En particulier entre la Terre et n'importe quel objet à sa surface. », consulté le 11/07/2017.

CHAPITRE II – LA MALADIE COMME CHUTE

1. « Qu'est-ce qui m'arrive ? Qu'ai-je donc fait ? ».

Cette question, tout soignant l'a entendue au détour d'un soin. Mieux qu'une punition, la maladie, ici se met malgré tout sur le piédestal de rédemptrice. Dans l'*Anthropologie de la maladie*⁵⁸, Laplantine nous rappelle qu'elle est une rupture d'équilibre entre l'homme et le cosmos. Tout comme la chute, il y a un avant et un après, mais aussi deux facettes. L'une est expérience subjective : celle du vécu de celui qui tombe malade, de celui qui chute et rechute ; l'autre est objective : celle de la science médico-technique qui doit découper, analyser l'organe malade en occultant, comme il est de coutume de dire « la prise en charge holistique du patient ». Ainsi pour ces deux chutes (maladie et chute physique), le corps perd ses appuis, son assiette : « On est brisé, en sueur, dans la posture désarticulée d'un mannequin jeté à terre, les bras et les jambes pliés dans n'importe quel sens, comme si plus rien ne les reliait au tronc »⁵⁹. Oui la maladie serait une chute. La *dépression*⁶⁰, de *depressio*, en latin enfoncement, peut

⁵⁸. Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986, p. 93.

⁵⁹. Marin, Claire, *Hors de moi*, Paris, Éditions Allia, 2008, p. 31.

⁶⁰. Le Breton, David, *Disparaître de soi, une tentation contemporaine*, Paris, Métailié Traversées, 2015, p. 70. « Elle (dépression) traduit bien le sentiment d'affaissement, d'effondrement, de chute, la conviction de toucher le fond et de ne plus être ancré sur le sol et dans son existence mais de tanguer à son entour sans plus se joindre comme si la disparition se poursuivait par une sorte de

l'illustrer. « Il me semblait que je désapprenais en partie ce que je n'avais jamais appris et que je savais pourtant si bien, je veux dire vivre⁶¹ ». Et inversement la chute pourrait-elle être une véritable maladie ? Question à laquelle nous tendrons à répondre.

Platon, quant à lui, nous touche par sa clairvoyante simplicité, lorsqu'il fonde l'équilibre (*συμμετρία symmetrica* en grec), l'absence de maladie sur l'harmonie du corps et de l'âme. Pour lui, les exigences du corps, lorsqu'elles sont excessives, induisent l'ignorance (*αμαθία amathia* en grec)⁶². Canguilhem dira que « la nature physis, en l'homme comme hors de lui, est harmonie et équilibre, le trouble de cet équilibre, de cette harmonie, c'est la maladie »⁶³. Dans la quotidienneté de notre mission, nous porterons toute notre attention sur les conséquences somatiques, objectives de la chute du patient : saigne-t-il ? S'est-il fracturé un membre ? A-t-il un hématome ?... Notre attention exclusive sur les marqueurs quantitatifs objectifs de normalité est légitime en un premier temps car ils nous permettent de reconnaître si notre patient est en danger, et pouvoir y remédier le plus rapidement possible ; mais en un deuxième temps, notre regard déformé, opacifié par une approche dualiste se focalise alors sur la matérialité du corps, la matérialité spatiale du corps (*Körper*, en allemand), tout en faisant fi de sa magnificence de corps biologique : l'anesthésie physiologique, ainsi que la

désolidarisation du corps et du monde et un état de suspension toujours à la limite de se rompre. L'individu n'est plus porté par son exigence, il a perdu ses appuis, et il avance dans la crainte de tomber. Il s'imagine flotter dans l'espace, sans cesse au bord de la chute. « Bien qu'objectivement, du point de vue de l'observateur, ces patients se tiennent parfois droits, bien qu'ils puissent marcher correctement et le fassent effectivement, l'impression de planer, de sombrer ou de glisser ne peut être refoulée. Le sol n'est ferme, en effet, que pour celui qui s'y tient fermement, pour celui qui, abrité en soi, est capable de se délimiter d'une façon ou d'une autre d'avec le monde », écrit E. Straus (In Gennart, 2011 : 46). L'individu est sur le fil du rasoir dans la hantise de disparaître une fois pour toutes. Il se tient à l'ultime limite. Quand on ne fait plus corps à son existence, il est logique de se sentir ainsi perdre pied dans une sorte de vacillement intérieur, dans la crainte de l'effondrement devant le poids trop lourd des heures et des jours. Quand le sens ne soutient plus la personne, elle ne peut qu'inlassablement tomber, mais tant qu'elle chute elle est encore vivante. »

⁶¹. Camus, Albert, *La chute*, op. cit., p. 52.

⁶². Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, op. cit., p. 97.

⁶³. Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Vendôme, PUF, 1979, p. 13.

tension soudaine des chairs, en défense, amoindrissant la douleur due au choc. Pour parer à une éventuelle hémorragie, le pouls commence alors à battre la chamade... Notre regard vitrifiant nous éloigne de la merveille du corps biologique, et trop souvent d'un autre corps, le corps chair (*Leib*, en allemand), celui qui est *inchoisifiable*, corps vécu, insaisissable, divinement animé justement par une âme. Et parce que l'homme se sent malade, il existe une médecine. « Or nous pensons *qu'il n'y a rien dans la science qui n'ait d'abord apparu dans la conscience*, et qu'en particulier, dans ce cas qui nous occupe, c'est le point de vue du malade qui est au fond le vrai »⁶⁴.

Et pourtant nous pourrions dire que la chair est le lieu où le corps et le spirituel font un même corps⁶⁵. Certains disent même que de revenir à la chair, permet d'aller vers Dieu⁶⁶. Et si pour Platon, *To soma estin hemin sema* (Le corps est le tombeau de l'âme), pour Levinas :

[...] la matérialité n'exprime pas la chute contingente de l'esprit dans le tombeau ou la prison d'un corps. Elle accompagne – nécessairement - le surgissement du sujet, dans sa liberté d'existant. Comprendre ainsi le corps à partir de la matérialité - événement concret de la relation entre Moi et Soi - c'est le ramener à un événement ontologique. Les relations ontologiques ne sont pas des liens désincarnés. La relation entre Moi et Soi n'est pas une inoffensive réflexion de l'esprit sur lui-même⁶⁷.

Pour le philosophe, la liberté d'être s'incarne, s'ancre même dans le corps matériel. Le corps ne peut être cette prison de l'âme avancée par Platon ; il serait à l'inverse son précieux écrin. Le corps est réhabilité, il n'est plus cette chose superficielle, n'étant qu'apparence, et comme pour toute apparence, suscitant bien souvent la méfiance⁶⁸. Il n'est plus cette substance basse et étendue, méprisable, car sécrétrice de sang, de sperme, d'urines, d'excréments, de pus, de

64. Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 53.

65. Fiat, Éric, *Corps et âme ou : qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal...*, op. cit., p. 66.

66. Jollien, Alexandre, *Vivre sans pourquoi, itinéraire spirituel d'un philosophe en Corée*, Paris, L'iconoclaste et les Éditions du Seuil, 2015, p. 56.

67. Levinas, Emmanuel, *Le temps et l'autre, (l'étant peut-il entrer en relation avec l'autres sans laisser écraser par l'autre son soi-même.)*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1983, pp. 37-38.

68. Fiat, Éric, *Corps et âme ou : qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal...*, op. cit., p. 80.

transpirations, de larmes... s'opposant en cela à l'esprit, substance pensante et dans notre imaginaire, entité légère et ailée. C'est donc cette appréhension du corps à partir de sa matérialité que nous essayerons d'éclairer tout au long de notre travail.

Au préalable, nous devons élucider le point suivant : comment pouvons-nous comprendre l'événement ? Est-il juste de dire qu'une chute est « événement indésirable ? ». Pour aborder cette question, nous écouterons deux témoignages de personnes ayant chu, témoignages qui laissent jaillir une ontologie de l'accident, révélant des êtres *ensouciés*, empêtrés parfois, comme tout à chacun, dans leur déploiement d'être. Cette ontologie découvre, non plus l'autonomie ou les ressources capacitaires, vaille que vaille, mais bien la vulnérabilité, une vulnérabilité, qui ne peut pour toujours se calfeutrer, faire silence mais une vulnérabilité qui a besoin d'autrui et qui pourrait être une aubaine.

2. Témoignages

Nous exerçons en tant que formatrice en Institut de Soins infirmiers, et lors de nos visites en stage, auprès d'étudiants, nous rencontrons deux patientes : madame D., hospitalisée dans un service de chirurgie orthopédique. Quant à madame M., nous nous sommes rencontrées en Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes. La première a quatre-vingt-quinze ans et la seconde quatre-vingt-quatre ans. Nous les remercions vivement d'avoir accepté de nous raconter leur singulière expérience de chute⁶⁹.

1. Madame D.

Madame D. : « Donc dans la nuit du douze au treize juillet, il a fait un orage, mais vraiment d'une rare violence... il avait fait très chaud ... les fenêtres étaient ouvertes... Et lorsque je me suis levée, peut-être un peu précipitamment, déjà, je

⁶⁹. Témoignages complets en annexe I.

ne sais pas, pour fermer la porte et la fenêtre de la cuisine. Pourquoi ? C'est idiot, je n'avais qu'à fermer la porte de ma chambre, mais on a des réflexes plus ou moins... plus ou moins justes ; je suis rentrée et j'ai fait une glissade, comme si on m'avait poussée. Mais d'une façon rare, vous savez. On m'aurait poussée, c'était pareil, c'était comme ça très fort, et je me suis retrouvée à me cogner contre la machine à laver que vous pouvez apercevoir... Et je suis restée quatre heures... Je me souviens comme si j'y étais... Je suis donc restée quatre heures. C'est long quatre heures... Et finalement mon mari est arrivé et m'a vue : "Oh mais ce n'est pas possible mais tu es tombée !" Évidemment c'est la phrase qu'on dit. "Eh oui, je suis tombée, appelle vite les pompiers !". Mon mari a tout d'abord appelé le gardien et tout le monde est venu dont les pompiers... Quatre mois après, le matériel a cassé. La vis de ma prothèse a cassé, donc il a fallu réopérer. La deuxième opération a été très dure, parce que je voulais mourir, je voulais mourir, je ne voulais plus vivre, c'était très dure. Je savais que ça allait être encore une grosse opération, mais je ne pense pas que je me disais tout ça dans ma tête, dans mon esprit. Non, je disais "je veux mourir, je veux pas, je ne veux plus vivre", et donc on m'a opérée trois heures chaque fois...

Je disais mon âge sans m'y arrêter, j'étais vivante, j'aimais la vie, j'étais heureuse avec mes enfants et tout d'un coup la vie m'arrache à tout...

2. Madame M.

« J'étais chez moi. J'étais avec ma canne ; la canne a ripé, je suis tombée ». Donc ce mouvement giratoire, il est toujours resté là, voyez-vous ? Ça c'est une chose importante psychologiquement pour moi. Il est toujours resté là...

Moi, c'est ce mouvement là, ce mouvement-là qui ripe et qui m'entraîne. C'est là que j'ai cassé le col du fémur. Donc j'avais gardé ce mouvement en tête... J'ai expliqué à la psychologue que j'avais toujours ce mouvement là en tête, donc une peur épouvantable de tomber et je lui ai expliqué que quand je suis tombée, ce sont les pompiers qui m'ont ramassée. Et moi j'hurlais paraît-il « Je vais tomber, je vais tomber ». Les pompiers me caressaient la joue en disant : « Vous ne pouvez pas tomber, vous êtes déjà par terre », et pour moi j'étais

debout. C'est ça qui est resté, voyez-vous ? Je suis toujours restée avec le sentiment que j'étais debout, alors que j'étais par terre. Il paraît que je hurlais « Je vais tomber, je vais tomber » [...] Ça fait quinze ans que je suis en DMLA⁷⁰. Mes yeux ne devaient pas être formidables quand même ! Mais enfin, je vivais seule dans mon appartement avec une ménagère qui venait. Enfin, j'aurais pu continuer de vivre si je n'étais pas tombée, voilà mais ça, alors ça m'a marquée d'une façon terrible. Depuis que ça m'est arrivé, je parle souvent du mouvement giratoire, c'est quand même quelque chose qui reste au fond de ma mémoire... c'était ça (De sa main, madame M. dessine virtuellement un cercle), exactement ça, donc je tombais... ce mouvement giratoire, ça m'est toujours resté. Ce qui doit vouloir rien dire pour d'autres... ça a déterminé ce reste de peur que j'ai de vivre toute seule. Quand j'ai le déambulateur, lorsque je suis toute seule, c'est effrayant pour moi. Il faut toujours maintenant que j'aie quelqu'un, ne serait-ce qu'une main dans le dos...

Que penser de ces chutes ?

⁷⁰. DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge ; elle est liée à un vieillissement de la zone centrale de la rétine appelée macula. Elle se traduit par une perte progressive de la vision centrale.

CHAPITRE III – ÉVÉNEMENT ?

1. Événement d'être

Le premier événement n'est-il pas de naître, il est comme lui unique, il n'arrive qu'une seule fois. Il s'agit de la naissance non pas symbolique mais bel et bien physique, lorsque le nouveau-né crie, comme souvent nous le prétendons, sa souffrance. Nous aimerions penser qu'il crie, au contraire, la victoire de naître dès la chute du cocon matriciel. Cet événement inaugure une hétéronomie fondamentale, ontologique qui contrarie l'autonomie⁷¹. En effet, dès la venue au monde du nouveau-né, sa vie personnelle se fonde sur le lien à l'autre, il intègre, il fait sien, le lien de responsabilité qui relie l'autre, la mère à lui-même. Cette autonomie contrariée nous est à chaque fois rappelée dans le champ du soin, notamment lorsque l'asymétrie entre soignant et soigné est flagrante ; en contexte de chute, cette asymétrie est de plus visuellement marquée.

L'événement vient du latin *evenire*, « venir, hors de, avoir un résultat, arriver, se produire » (d'où *eventus*, « issue, succès », et *eventum*, surtout au pluriel *eventa*, « événements, accidents »), désigne un fait ou un phénomène en tant qu'il fait rupture, qu'il marque⁷².

⁷¹. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, Paris, Épipiméthée, PUF, 1998, p. 32.

⁷². *Le Petit Larousse Illustré*, 100^e Édition, Paris, 2005, p. 439.

En cela tout ce qui arrive, se produit, n'est pas un événement.

« Chacun de ses amis et de ses collègues se souvient exactement de ce qu'il faisait ce matin-là peu après neuf heures »⁷³. Ainsi Derrida répond à la journaliste philosophe Giovanna Borradori, qui demande si le « 11 Septembre » peut être considéré comme un événement, modifiant radicalement la perception que nous avons de nous-mêmes. Mais cette reconnaissance n'est pas contemporaine de l'événement. Elle en est *a posteriori*. De même, et dans une moindre mesure, la chute de madame D. constitue pour elle une césure dans son histoire, dans son monde. Il y a un Avant et un Après la chute. Madame D. se rappelle sans peine le moment précis de la nuit du douze au treize juillet. L'atmosphère y est décrite : il fait très chaud, les fenêtres sont ouvertes ; l'orage n'est plus posé en simple décor mais devient un personnage ; il participe à la teneur et teinte de l'accident : « il est d'une rare violence » dit-elle. Elle s'en souvient « comme si elle y était ». La description est précise, détaillée et singulière.

Quant à madame M. pour elle, la chute elle-même est événement. L'événement est non seulement ce qui lui est arrivé, mais aussi l'impression dans le sens littéral du terme que ladite « chose »⁷⁴, ici la chute, laisse ou fait : « J'étais chez moi, j'étais avec ma canne ; la canne a ripé, je suis tombée, donc ce mouvement giratoire, il est toujours resté là, voyez-vous ? Ça c'est une chose importante psychologiquement pour moi. Il est toujours resté là. » L'événement ne relève pas du présent, il est fondamentalement tendu vers *l'advenir*.

Pour Heidegger, l'Événement, *Ereignis* est appropriation (*Ereignung*). Nous pourrions comprendre que toute situation, quel que soit le lieu, quel que soit le temps, peut être propre, propice, favorable à l'événement. Mais plus encore, l'appropriation est le mouvement d'amener une chose à son propre, à sa propriété.

⁷³. Derrida, Jacques ; Habermas, Jürgen, *Dialogues à New York* (octobre-décembre 2001) avec Borradori, Giovanna, Paris, Éditions Galilée, 2004. Traduction de l'allemand par Bouchindhomme, Christian, traduction de l'anglais (États-Unis) par Gleize Sylvestte, p. 54.

⁷⁴. *Idem*, p. 137.

Amener une chose, à être ce qu'elle est ou l'amener à son terme. L'événement est aussi ce qui est mis sous les yeux (*Eräugnis* : *Er-äug-nis*), il est monstration⁷⁵ : « “Eh oui, je suis tombée, appelle vite les pompiers !” Mon mari a tout d'abord appelé le gardien et tout le monde est venu dont les pompiers ». Ce qui signe l'événement est l'importance du fait, ici la chute, pour madame D. mais aussi pour les autres, les personnes qui viennent à sa rescousse. Claude Romano nous dit que la juste structure de *Ereignis* s'origine dans le verbe *äugen*, (dont l'orthographe était auparavant *eugen* ou *eigen*) qui veut dire regarder⁷⁶. *Ereignis* est compris comme cet élan, cette impulsion qui rend possible la visibilité⁷⁷.

2. Voilement et dévoilement d'être

L'événement participerait au dévoilement, dévoilement de la chose mais aussi de l'être. Comme si la soudaineté de ce qui advient, de ce qui fait irruption ne permet ni aux choses ni aux êtres de prendre le temps de se voiler. « Et finalement mon mari est arrivé et m'a vue : “Oh mais ce n'est pas possible mais tu es tombée !” » « Ils (les événements) débordent nos capacités de réception, saturent notre rapport au monde, nous laissent bouche bée et nous laissent interdits⁷⁸ ».

L'événement lorsqu'il est événement d'être⁷⁹, irait de pair avec le dévoilement de l'événementialité de l'être. Mais le dévoilement ne s'impose pas une fois pour toute car « Le voile est toujours en acte⁸⁰ », puissamment en acte. « Évidemment c'est la phrase qu'on dit » banalise madame D. Serait-ce une manière inconsciente de remettre le voile en rendant les propos du mari stupéfait, insignifiants ? À penser que de ce voile, dépend l'essence-même du dévoilement, *Alètheia*, (*ἀλήθεια* en grec). Le dévoilement n'est possible que si voilement il y a.

⁷⁵. Cassin, Barbara (sous la direction de), *Vocabulaire Européen des Philosophies*, op. cit., p. 435.

⁷⁶. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit., p. 25.

⁷⁷. *Idem*.

⁷⁸. Éric, Fiat, *Corps et âme ou : qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal...*, op. cit., p. 99.

⁷⁹. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit., p. 32.

⁸⁰. Fleury, Cynthia, *Pretium doloris, L'accident comme souci de soi*, Paris, Pauvert, 2002, p. 35.

Nous le convoquerons plus tard dans le dépliement de notre réflexion et en contexte de soin, car il entre en résonance avec un des aspects de notre problématique : celle de l'occultation, du voilement de la chute en milieu hospitalier.

Pour Jacques Derrida, l'*Ereignis* (l'événement, ce qui arrive) chez Heidegger, n'est pas seulement appropriation du propre (*eigen*), mais aussi expropriation (*Enteignis*)⁸¹ :

L'événement, c'est ce qui arrive et en arrivant arrive à me surprendre, à surprendre et à surprendre la compréhension : l'événement, c'est d'abord ce que d'abord je ne comprends pas. Mieux, l'événement c'est d'abord le fait que je ne comprenne pas⁸².

Madame D. se souvient : « Et lorsque je me suis levée, peut-être un peu précipitamment, déjà, je ne sais pas, et pour fermer la porte et la fenêtre de la cuisine. Pourquoi ? C'est idiot, je n'avais qu'à fermer la porte de ma chambre, mais on a des réflexes plus ou moins, plus ou moins justes donc je suis venue là à cette porte que vous voyez madame. Je suis rentrée et j'ai fait une glissade, comme si on m'avait poussée. Mais d'une façon rare, vous savez. On m'aurait poussée, c'était pareil, c'était comme ça très fort, et je me suis retrouvée à me cogner contre la machine à laver que vous pouvez apercevoir. » Elle devient en quelque sorte étrangère, comme extérieure, expropriée de son pouvoir, de sa volonté sur son corps.

Madame M. raconte : « Moi, c'est ce mouvement là, ce mouvement-là qui ripe et qui m'entraîne, c'est là que j'ai cassé le col du fémur, donc j'avais gardé ce mouvement en tête. ». Bien avant de comprendre d'abord, madame M. est *entraînée*⁸³. Elle n'a plus prise sur ce qui lui arrive ; cela lui « tombe dessus »

⁸¹. Derrida, Jacques ; Habermas, Jürgen, *Dialogues à New York, op. cit.*, 139.

⁸². *Idem*, pp. 138-139.

⁸³. Souligné par nous.

soudainement. À ce moment précis, elle est comme exclue, expropriée de son propre corps.

Nous pouvons penser que dans leurs épreuves, les deux victimes vivent l'événement. Elles sont dans l'expérience ; elles en sont affectées et elles en déduisent une lecture personnelle, une identification. Ces mouvements traduisent en eux-mêmes une certaine appropriation de l'événement. Elles s'étonnent de ce qu'elles vivent ; elles atteignent une autre connaissance d'elles-mêmes et apprennent de ce vécu.

Mais en revers de cette appropriation, il existe aussi, pour chacune d'elles, une certaine « inappropriabilité⁸⁴ », une certaine incompréhension de leur épreuve respective. Selon Derrida, l'événement c'est d'abord que je ne comprenne pas. Et ensuite ce que je ne comprends pas⁸⁵. Et cette incompréhension, cette impuissance à comprendre, dans le sens littéral de « prendre avec », est une condition pour que l'événement soit événement. Ici, c'est bien l'événement qui comprend le sujet et non l'inverse. Il lui tombe dessus et l'accapare. Il devient sujet⁸⁶ en quelque sorte, ne bottant pas en touche le patient, mais l'invitant à être ce que Claude Romano nomme l'*advenant*⁸⁷.

3. De l'événement *événemential* à l'événement *intra-mondain*

L'*advenant* n'est pas sujet, et cette composition des rôles n'en laisse pas moins poreuse la frontière entre le nouveau monde et l'*advenant* ; parce que précisément il n'est plus le sujet, il est le complément d'*ob-jet* indirect. N'étant plus sujet, « il est celui à qui quelque chose peut arriver⁸⁸. » Il est celui pour qui l'événement donne à *venir*. Mais alors dans une telle situation, où le patient n'est plus sujet mais *advenant*, pouvons-nous dire que du point de vue de la déclaration

⁸⁴. Derrida, Jacques ; Habermas, Jürgen, *Dialogues à New York*, op. cit., p. 138-139

⁸⁵. *Idem*, p. 100.

⁸⁶. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit., p. 36.

⁸⁷. *Idem*, p. 71.

⁸⁸. *Ibidem*.

des soignants, l'événement concerne encore le patient ? Le patient doit être au cœur du dispositif du soin ; mais il n'empêche que lorsque la chute est sans conséquence notoire pour lui, la déclaration étiquetée « événement indésirable » est tout de même effectuée. Nous nous appuyons sur la démarche philosophique de Romano pour dire qu'ici, l'événement n'a ici aucun « substrat d'assignation ontique qui lui soit propre⁸⁹. » Il ne concerne finalement aucun individu dans sa singularité. Aussi, cet événement pourrait-il être plutôt événement - pour - l'organisation - institutionnelle. L'organisation en le réduisant en fait, en attribut, le cantonne pour mieux le neutraliser, et subrepticement, lui retire son caractère d'événement. La chute est jetée devant elle, désincarnée, elle devient abstraction. À travers ce processus organisationnel, l'institution montre ainsi son apparente maîtrise sur les zones d'incertitude ; par conséquent, elle exclut l'idée-même d'incertitude ; mais si cette maîtrise est sur quelque chose d'impalpable, c'est-à-dire la chute, elle tend, par une confusion, à se poser plutôt sur le patient chuteur. Nous pouvons dire qu'il y a télescopage entre l'événement *intra-mondain*, vu par l'institution, et l'événement *événemential* vécu par le patient. Pour l'une, certaines modifications ont lieu, pour l'autre, quelquefois un tout autre monde commence.

Tout comme lorsque la maladie me prend d'assaut, elle ne me contraint pas seulement à modifier certains possibles, plus encore, elle me somme de délaissier certains repères, habitudes de vie, qui font que la clef de voûte même de mes possibles en est altérée et, ainsi, je peux me retrouver sans assise, dans un effondrement. Le possible dans le fait *intra-mondain* est proportionnel à son effectuaibilité⁹⁰. L'événement *événemential* est la modification de mes possibles qui me permet une autre compréhension du monde et de moi-même. Il n'est pas suite à l'événement, il en est la condition même : « Je ne deviens (moi-même) qu'en tant que quelque chose m'arrive et quelque chose n'arrive qu'en tant que je

⁸⁹. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit., p. 36.

⁹⁰. *Idem*, p. 112.

deviens »⁹¹. Parce que les uns, l'institution et nous qui la représentons (les soignants en l'occurrence), évoluons avec le filtre *intra-mondain*. Ce qui en soi est une bonne chose, puisque cela permet de mettre en œuvre les actions pour répondre aux besoins objectifs. Le patient est, quant à lui, immergé dans une dimension *événementiale* qui, par conséquent, rend très difficile notre rencontre. Nous sommes, pour ainsi dire, deux individus qui ne parleraient pas la même langue.

4. À la rencontre de l'advenant

Comment pourrions-nous rencontrer, accueillir le patient en son ipséité ? Ipséité qui, nous dit Romano, est bien « la capacité de l'advenant à s'approprier les possibles éventuels articulés en monde issus de l'événement et à se comprendre lui-même à partir d'eux »⁹². Pour qu'il puisse s'advenir à lui-même, l'*advenant* doit être impliqué dans ce qui lui arrive, pour pouvoir par la suite en répondre. L'événement *événemential* survient au seul patient, puis en quelque sorte, il est filtré pour être recyclé, et enfin neutralisé en tant qu'événement (*intra-mondain*). Dans cette reconversion, il peut être reporté en nombre de « chuteurs » dans une période précise, pour l'ensemble d'un service hospitalier. Lorsque ces statistiques croisées avec d'autres données sont analysées, elles permettent alors des propositions de réajustement d'organisation.

L'événement peut l'être aussi pour une autre personne, le voisin. En effet, il est souvent le premier à voir tomber celui qui le côtoie ; bien souvent affaibli, ne pouvant se mobiliser, ou bien alité il ne peut apporter son aide, si ce n'est en actionnant la sonnette, ou en criant si celle-ci est hors de sa portée. Nous disions que l'événement, bien qu'il soit d'une autre nature (*intra-mondain*) est aussi celui du soignant qui, séance tenante, cessera toute activité pour pouvoir secourir le

⁹¹. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit cité en note de bas de page. 124 : E. Straus, Vom Sinn der Sinne, Springer Verlag, Berlin, 1935, p. 372.

⁹². *Idem*, p. 118.

patient... Parce qu'une chute devient une constellation d'événements de différentes natures, elle n'est plus assignée à une seule personne mais bien à une pluralité, et dans le champ hospitalier, à la collectivité. Notre déclaration de chute, comme l'exige le paradigme scientifique, c'est-à-dire à travers une grille de lecture de son point de vue, indiquera les paramètres objectifs nécessaires et exclusifs, tels que la pression artérielle, présence d'hématomes, de plaies ou de fractures... De même, nos commentaires autour de nos deux témoignages sont somme toute, là, pour expliquer les faits à partir de quelques causes ; il semble que cette approche réponde aux faits *intramondains* mais ne soit pas à la mesure de la chute *événementiale*, car celle-ci échappe à tout raisonnement scientifique d'ordre anthropologique, psychologique ou même psychanalytique⁹³.

Pour le fait *intramondain*, l'explication causale nous aide dans une compréhension objective, mais toutes les chutes ne sont pas que des « faits intramondains », sans aucune portée modificatrice de l'être. Elles peuvent être aussi *existentiales*, *événementiales*, inaugurant un nouveau monde pour la personne. Mais alors, en regard de ces dernières situations, notre approche pragmatique de soignant est-elle à la mesure de cet événement qui bouleverse l'univers du patient ? Elle l'est partiellement. La fiche à informer, au premier abord se présente comme un document à renseigner, mais en réalité elle dicte la conduite à tenir. En effet, pour pouvoir répondre à la question de la glycémie, il va nous falloir effectuer un test sanguin, pour pouvoir répondre à la question du mécanisme de la chute, nous allons devoir interroger le patient sur ce point particulier... Ce protocole, d'une part peut nous rassurer dans nos actions en nous suggérant les soins à apporter, et sans réfléchir ; ce qui peut être indéniablement une économie psychique dans la quotidienneté de notre travail, car il nous faut trouver les causes pragmatiques. Mais ce protocole s'ajoute à d'autres, et dans cette frénésie de la prescription, le risque d'oublier l'être qui a chu est prépondérant, de même que nous oublions l'être pour l'organe à opérer. Dans ce

⁹³. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit., p. 84.

service de chirurgie orthopédique, lorsque nous demandons à notre collègue « Est-ce que le genou de la chambre 11 est à jeun ? » l'illustre d'une manière édifiante.

Les causes que nous traquons, rendent compte du fait mais pas de « l'événement en son sens événemential⁹⁴. » L'événement *événemential* qui me traverse trouve son origine en lui-même. Les facteurs exogènes, tels que le tapis glissant, ou bien l'aide technique inadéquate (le déambulateur à la place de la canne tripode) et les facteurs endogènes (déficiences liées au vieillissement ou pas) n'expliquent pas la totalité des chutes⁹⁵. Le processus de vieillissement peut être traversé par une crise, qui appelle à des remaniements du point de vue psychique, corporel, social, et suscitant un questionnement existentiel ; au-delà des facteurs exogènes et endogènes bien répertoriés, la chute pourrait être un passage à l'acte par le corps⁹⁶ : un symptôme et/ou un point d'interrogation. Cet événement redistribue les cartes de mon monde⁹⁷. Les symboliques de la chute, développées précédemment nous le racontent de multiples manières. La chute-événement bouleverse les projets de l'*advenant*. En effet, c'est bien cette énième chute qui pèsera sur son devenir. Elle reconfigure également le monde des proches. Cette co-dépendance des proches n'est pas sans nous rappeler celle de l'entourage de la personne malade chronique par exemple. Celui-là va se caler au rythme de celui-ci. En est ainsi pour celui qui chute et ses proches.

5. Événement en son origine

Événement signifie également « échoir » : « *alicui* », à quelqu'un⁹⁸, ce qui implique une intimité entre l'événement, et celui qui le vit. Cette intimité semble faire dériver notre attention de soignant non pas sur celui à qui cela arrive, mais bien sur ce qui arrive, alors même que l'événement déborde le fait, il ouvre des

⁹⁴. Romano, Claude, *L'événement et le monde op. cit.*, p. 58.

⁹⁵. Birraux, Nelly ; Chardon, Lauranne ; Naz, Françoise, Servillat, Isabelle ; « Dossier Corps et sujet âgé, chute du sujet âgé : donner du sens », *Santé mentale*, 200, Décembre 2015.

⁹⁶. *Idem*.

⁹⁷. Romano, Claude, *L'événement et le monde, op. cit.*, p. 43.

⁹⁸. *Idem*, p. 44.

possibles et en ferme d'autres, et notamment pour celui qui est identifié « chuteur ». Ce remaniement des possibles oblige « l'advenant à se comprendre autrement et lui-même et son monde »⁹⁹. Comme la maladie, il révèle une fêlure qui ne sera jamais effacée ; tout comme le vase brisé, même si ses morceaux peuvent être recollés, jamais il ne deviendra celui qu'il a été. De plus, la chute, tout comme la maladie, pourrait être expliquée, retracée par un enchaînement de causes épidémiologiques, mais l'événement de la chute, tel qu'il se donne singulièrement et uniquement au chuteur prend sa source dans lui-même. Il choit comme il tombe malade ; sans pourquoi. De même, si la maladie est définie comme trouble de l'harmonie et équilibre en l'homme, elle n'est pas focalisée sur un point donné, divisée en une multitude de mécanismes fonctionnels déviés¹⁰⁰, mais « elle est toute entière de lui¹⁰¹», en sa totalité, et les circonstances extérieures, qui bien souvent sont prises pour des causes n'en sont en réalité pas, mais sont des occasions, des prétextes¹⁰².

Pour Jacques Derrida, un événement heureux ou malheureux fait effraction dans la psyché de l'être. Il marque son empreinte peut-être à jamais dans la mémoire fut-elle inconsciente. Il n'inscrit pas seulement ce qui s'est passé, ou ce qui se passe. Sa singularité ne s'enracine ni dans le présent, avec une répétition du même, ni dans le passé, c'est-à-dire dans ce qui est à jamais révolu. Le philosophe propose de questionner ce qu'il nomme la *chrono-logie*, c'est-à-dire « la pensée et l'ordre de la temporalisation¹⁰³ » du traumatisme de l'événement. Ce dernier prend certes sa source dans le passé mais reste alimenté par le futur vers lequel il tend. C'est l'avenir qui pose en quelque sorte son sceau de *l'inappropriabilité de l'événement*¹⁰⁴. L'impact de l'événement majeur du « 11 septembre » peut nous en donner un éclairage paradigmatique. Le présent et le passé, ne sont que les

⁹⁹. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit., p. 62.

¹⁰⁰. Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, op. cit., p. 43.

¹⁰¹. *Idem*, p. 13.

¹⁰². *Ibidem*.

¹⁰³. Derrida, Jacques ; Habermas, Jürgen, *Dialogues à New York*, op. cit., p.101.

¹⁰⁴. *Idem*, p. 102.

annonciateurs de « ce qui pourrait ou pourra arriver, et qui sera pire que ce qui n'est jamais arrivé »¹⁰⁵. Ce qui menace d'advenir pour la personne âgée qui amorce une série de chutes est bien souvent ce qui contraint l'entourage à diriger son parent dans une institution gériatrique. La énième chute, sera celle décisive de ce qu'on pourrait appeler « la banalité du placement » de la personne fragilisée, dans un centre d'hébergement gériatrique.

Madame M. continue sa narration : « j'ai expliqué à la psychologue que j'avais toujours ce mouvement là en tête donc une peur épouvantable de tomber [...] et moi j'hurlais paraît-il "je vais tomber, je vais tomber". Les pompiers me caressaient la joue en disant : "Vous ne pouvez pas tomber, vous êtes déjà par terre", et pour moi j'étais debout, c'est ça qui est resté, voyez-vous ? je suis toujours restée avec le sentiment que j'étais debout, alors que j'étais par terre ; il paraît que j'hurlais "je vais tomber, je vais tomber", « Il s'agit d'un trauma, et donc d'un événement, dont la temporalité ne procède ni du maintenant présent ni du présent passé, mais d'un im-présentable à venir¹⁰⁶. »

Cela n'est pas sans nous rappeler cette expérience que chacun peut vivre : nous sommes alités, puis juste au moment de franchir la lisière de l'inconscience, nous tressaillons, convaincus par l'éminence d'une chute, et nous levons le pied, ou redressons la jambe brusquement.

6. Chute heuristique

Réécoutons madame M. : « Ça fait quinze ans que je suis en DMLA¹⁰⁷. Mes yeux ne devaient pas être formidables quand même ! Mais enfin, je vivais seule dans mon appartement avec une ménagère qui venait ; enfin, j'aurais pu continuer de vivoter si je n'étais pas tombée, voilà mais ça alors ça m'a marquée d'une

¹⁰⁵. Derrida, Jacques ; Habermas, Jürgen, *Dialogues à New York*, op. cit.

¹⁰⁶. *Idem*, p. 102.

¹⁰⁷. DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge ; elle est liée à un vieillissement de la zone centrale de la rétine appelée macula. Elle se traduit par une perte progressive de la vision centrale.

façon terrible. »

L'événement ouvre sur une découverte, découverte par l'autre « [...] ce n'est pas possible mais tu es tombée ! ». Et aussi découverte par soi : « Je disais mon âge, j'étais vivante, j'aimais la vie, j'étais heureuse avec mes enfants et tout d'un coup la vie m'arrache à tout. ». Pour Alain Badiou, l'événement a valeur heuristique. Les vérités en effet semblent bien émerger de situations singulières, et non de lois universelles. L'événement n'est saisi comme tel que rétrospectivement, qu'à partir de ses conséquences.

De sa chute, madame M. déduit : « Depuis que ça m'est arrivé, je parle souvent du mouvement giratoire, c'est quand même quelque chose qui reste au fond de ma mémoire [...] Oui pour moi, c'était ça, exactement ça, donc je tombais ; sur la place de l'Opéra à Paris, on tourne, on tourne, on tourne, et peut-être que c'était ce genre de choses qui m'avait frappée, ce geste, ce mouvement giratoire, ça m'est toujours resté. Ce qui doit vouloir rien dire pour d'autre. » Le cercle est la perfection, mais ne renvoie-t-il pas au phénomène cyclique, ou bien encore à cette absence d'ouverture, d'absence de porte, et peut-être à une impossibilité d'échapper à la culpabilité, à la culpabilité d'être tombée ? « [...] Oui, ça a déterminé ce reste de peur que j'ai de vivre toute seule. Quand j'ai le déambulateur, lorsque je suis toute seule, c'est effrayant pour moi. Il faut toujours maintenant que j'aie quelqu'un, ne serait-ce qu'une main dans le dos... ». Elle a chu, et les conséquences de ce traumatisme, donc *a posteriori*, pose ce fait comme événement. « L'événement, au sens événemential, en effet, est ce qui éclaire son propre contexte et ne reçoit nullement son sens de lui¹⁰⁸. » L'événement inaugure un nouveau monde, l'avènement d'un nouveau monde. Madame M. ne peut plus marcher sans l'appui d'une main sur son dos... la peur de tomber l'habite de nouveau.

¹⁰⁸. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, op. cit., p. 55.

Peur, laquelle, nous dit Heidegger¹⁰⁹ est un mode dérivé de la *Befindlichkeit*¹¹⁰ (le sentiment de la situation), aussi est-elle intériorité, et ne peut pas nous venir exclusivement de l'extérieur. Nous ne l'apprenons donc pas, mais nous la découvrons comme un sentiment inhérent à notre existence inquiète¹¹¹. Elle exprime l'importance que représente pour nous le monde. Avoir peur est une possibilité de l'être-au-monde.

Par l'événement, l'ancien monde devient insignifiant pour l'*advenant*. Les propos spontanés et intuitifs de madame M. coïncident avec l'Idée platonicienne selon laquelle la verticalité de l'homme est verticalité à condition d'oublier que l'homme est originairement tombé du ciel. « Que l'homme soit originairement tombé du ciel et la station droite n'est plus qu'une pénible dénégation de son statut ontologique réel. Debout, il sera toujours "tombé" »¹¹². Même debout, il sera toujours vulnérable.

La chute peut-elle être heuristique au point de permettre l'accès à une connaissance autre, une réminiscence (*anamnèsis*) cette fois-ci métaphysique ?

7. « Accidescentialité » de la chute

Pour Alain Badiou, l'événement « se caractérise par l'irréductible imprédictibilité de ce qui aurait pu aussi bien ne point advenir. » L'événement, donc serait contingent et non nécessaire. Il est, mais aurait pu ne pas être. Il est accidentel. Madame D. dit elle-même la non essentialité de sa chute : « Pourquoi ? C'est idiot, je n'avais qu'à fermer la porte de ma chambre, mais on a des réflexes plus ou moins... plus ou moins justes donc je suis venue là, à cette porte que vous voyez Madame. »

¹⁰⁹. Heidegger, Martin, *Être et temps*, Bibliothèque de philosophie, Paris, Éditions Gallimard, 1986, (1976), chapitre 30, pp. 184-186.

¹¹⁰. Gelven, Michael, *Être et temps de Heidegger, un commentaire littéral*, Philosophie et langage, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1970, p. 90.

¹¹¹. *Idem*, p. 91.

¹¹². Jenny, Laurent, *L'expérience de la chute de Montaigne à Michaux, op. cit.*, p. 8.

L'accident du latin *accidens*, survenant, est selon le dictionnaire

1. Un événement imprévu malheureux ou dommageable, 2. Événement fortuit qui modifie ou interrompt le cours de quelque chose, 3. Événement imprévu sans réelle gravité, simple péripétie qui ne remet pas en cause une évolution favorable. Il est un attribut non nécessaire, de qualité relative et contingente, par opposition à l'essence, substance¹¹³.

Chez Aristote, l'accident est ce qui arrive ou appartient à un être, mais qui aurait tout aussi bien pu ni lui arriver, ni lui appartenir. C'est ainsi que l'évoque madame D. Cela ne dépend pas d'elle, ni de ce qu'elle est, c'est-à-dire de son essentialité.

« L'accidentel porte le sceau de l'insignifiance »¹¹⁴ mais il est celui qui, en son sein, porte le cachet de la liberté ; tout, en effet pour l'être humain n'est pas déterminé d'avance : madame D. aurait pu ne pas aller fermer la fenêtre, mais elle a choisi de le faire. S'il couve en lui notre liberté, il peut également nous rappeler les limites de notre liberté-même, car malgré notre volonté, l'accident peut advenir ou ne pas advenir.

Pour madame M. c'est la canne, qui en ripant a provoqué sa chute. Elle aurait pu ne pas riper, elle aurait pu ne pas entraîner sa chute. L'accident est de par nature contingent, il n'est paré d'aucune nécessité, et si sa nécessité venait à être démontrée, il en perdrait instantanément sa légitimité¹¹⁵. L'accident est ce qui tombe.

Accident en allemand est à l'inverse *un-fall*¹¹⁶ (non-chute). L'accident ouvrirait-il à une non-chute, par le possible accès qu'il donne à soi ? Et si chute il n'y a pas, il y a alors élévation car l'immobilité nous apprend Aristote n'existe pas en ce monde.

[...] il résulte que la nature, dans son sens premier et fondamental, c'est la substance des êtres qui ont, en eux-mêmes et en tant que tels, le principe de leur mouvement. La matière, en effet, ne prend le nom de nature que parce qu'elle est susceptible de recevoir en elle ce

¹¹³. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 52.

¹¹⁴. Delsol, Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie, op. cit.*, p. 168.

¹¹⁵. Fleury, Cynthia, *Pretium doloris, l'accident comme souci de soi, op. cit.*, p. 24.

¹¹⁶. *Idem*, p. 74.

principe et le devenir et la croissance, que parce que ce sont des mouvements qui procèdent de lui. Et ce principe du mouvement des êtres naturels, qui leur est immanent en quelque sorte, existe en eux soit en puissance, soit en entéléchie¹¹⁷.

L'entéléchie (du grec *εντελέχεια*, de *έντελής*), achevé, compris dans le langage aristotélicien, est ici le mouvement en acte, pleinement réalisé¹¹⁸. L'accident ne nous aide-t-il pas à approcher une certaine connaissance de soi et du monde en pensant le « corps propre » et « l'histoire propre » de notre être¹¹⁹ ? De l'accident, l'accidenté en sort modifié. Et c'est bien ce qui transparait chez nos deux témoins. Il rompt la coïncidence entre le sujet et son corps, comme un hiatus entre le je et mon corps, et c'est cette rupture, un espace entre le je et mon corps qui me rappelle paradoxalement que, non pas j'ai un corps qui le rendrait objet¹²⁰, mais qu'il est mien. Cynthia Fleury nous dit que l'accident met notre volonté à l'épreuve, mais aussi notre responsabilité¹²¹. La volonté en tant qu'effort lié à l'espoir¹²², avec ce penchant autant pour le chemin à parcourir que pour sa finalité. Et responsabilité comprise non pas dans un sens de l'imputabilité éthico-juridique, car je ne suis pas la cause de l'événement ; il en va de même pour la maladie¹²³ pour laquelle je dois toutefois faire face et considérer les possibles qu'elle me retire et me réserve. Cette responsabilité *événementiale* me permet la responsabilité, en tant qu'attitude vis-à-vis de l'événement ; cette responsabilité me permet d'inventer ma ou mes réponses. « De répondre de ce qui [m'] lui arrive [...] de [m'] s'approprier les possibles que les événements [me] lui destinent afin de pouvoir [m'] s'advenir [moi] lui-même singulièrement à travers un destin »¹²⁴ ; ainsi d'être ouvert aux nouveaux possibles que l'événement a fait émerger, mais aussi d'éprouver ma propre faille, ou passibilité, et non pas passivité, « manière de

¹¹⁷. Aristote, *Métaphysique*, traduction (éd. De 1953) de J. Tricot (1893-1963), Éditions Les Échos du Maquis, v.2014. Livre V. Chapitre IV, (1015a), p. 114.

¹¹⁸. Aristote, *De l'âme*, Livre II, ch. 1, p. 412 a-b, trad. par J. Tricot, p. 66.

¹¹⁹. Fleury, Cynthia, *Pretium doloris, l'accident comme souci de soi*, *op. cit.*, p. 10.

¹²⁰. Delvigne Frédéric, Ryckel, Cécile de, « La construction de l'identité par le récit », *Psychothérapies* 2010/4 (vol. 30), p. 234.

¹²¹. Fleury, Cynthia, *Pretium doloris, l'accident comme souci de soi*, *op. cit.*, p. 75.

¹²². Bachelard, Gaston, *La terre et les rêveries de la volonté*, Paris, Librairie José Corti., p. 98.

¹²³. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, *op. cit.*, p. 129.

¹²⁴. *Idem*, p. 127.

reprendre en moi ce qui m'excède en le ramenant à une simple disposition subjective »¹²⁵. La passibilité serait cette capacité à être impliqué dans ce que je vis me modifiant moi-même, mon « *advenance* » si nous pouvions continuer le mot « *advenant* » de Alain Romano. Lorsque la responsabilité *événementiale* s'effondre, la personne traumatisée se juge coupable ou victime, et comme le souligne Romano, encore plus coupable lorsqu'elle est plus victime¹²⁶.

« L'accident se dit de ce qui appartient à un être et peut en être affirmé avec vérité, mais n'est pourtant ni nécessaire, ni constant [...] »¹²⁷. Aristote l'illustre ainsi : un homme creuse la terre pour planter un arbre, il y découvre un trésor. Cette découverte n'est ni nécessaire, ni constante. « Il n'y a donc pas non plus de cause déterminée de l'accident, il n'y a qu'une cause fortuite, autrement dite indéterminée »¹²⁸. L'accident est non pas en tant que lui-même, mais en tant qu'il est suscité par une cause indéterminée. Il advient mais aurait pu tout aussi bien ne pas advenir. Il ne dépend ni de soi, ni de ce que l'on possède. Et si nous arrivons à démontrer sa nécessité, de fait nous l'annulons, en tant qu'il est accident¹²⁹. Mais pourquoi opposer l'accident à l'essentialité, sont-ils réellement incompatibles ? L'accident n'est-il pas au fond essentiel ? Peut-il y avoir vie sans accident ? Car il est le signe d'une faille, d'une brisure, substantielle de notre être, qui signe notre humanité. Et dans ce cas, ne pourrions-nous pas évoquer une certaine essentialité de l'accident ? Une certaine « accident-essentialité » ?

L'accident arrive de façon imprévue, soudaine, et il est ce qui en accédant à l'être, ou en le quittant, tout comme l'événement, le modifie mais à cette étape de notre recherche, nous comprenons qu'il n'altère en rien sa nature, sa *phusis* [*φύσις*].

¹²⁵. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, *op. cit.*, p.180.

¹²⁶. *Idem*, p. 130.

¹²⁷. Aristote, *Métaphysique*, traduction (éd. De 1953) de J. Tricot (1893-1963), Éditions Les Échos du Maquis, v.2014. Livre 5, Chapitre XXX, (1025a) &1., p. 136.

¹²⁸. Aristote, *Métaphysique*, *op. cit.*, p. 136.

¹²⁹. Fleury, Cynthia, *Pretium doloris, L'accident comme souci de soi*, *op. cit.*, p. 24.

8. Chute et nature de l'être

Ainsi, cet accident ou événement de la chute ne change pas la nature de l'être. Cependant, il serait la première cause de décès chez le sujet âgé. Ses complications représentent les problèmes les plus importants du fait de leur fréquence et de son incidence sur la vie de la personne (mortalité, morbidité, baisse d'autonomie et institutionnalisation en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante¹³⁰.) Mais dire la première cause serait là aussi, si nous suivons le raisonnement de Romano, bien réducteur ; car le décès, la mort, est de fait un *événemential* ; notre mortalité, le premier *événemential* n'a pas une cause déterminée, mais une causalité multiple, bien qu'en droit, et en médecine, la généalogie des causes puisse être indexée. Pour quelles raisons nos vieux sont-ils décédés pendant la canicule de 2003 ? Non pas seulement des conditions météorologiques nous disent les sociologues, non pas seulement de déshydratation, mais aussi d'isolement, mais aussi d'un sentiment de ne vivre pour personne, mais aussi d'un sentiment d'inutilité et d'abandon, mais aussi d'une fragilité physique, psychologique...

Nous disons de la mort qu'elle est *événementiale*, car avec la mort de mon proche, c'est un monde qui s'en est allé d'une manière implacablement irréversible, me désignant comme *advenant* à mon tour, et cette *advenance* me rappelle au pouvoir infiltrant du temps, à la mortalité scandaleuse de mon autre proche, et par reflet à ma propre mort.

De l'accident, nous pensons qu'il est événement malheureux. L'essence et l'accident semblent contraires l'un de l'autre, mais tous deux participent à l'être. La première permet de le saisir en ce qui le constitue, et le second de le saisir en ce qui l'affecte superficiellement. La nature de l'être n'est certes pas modifiée, mais cet accident de chute redéfinit le rapport au temps et à l'espace. Madame D.

¹³⁰. Jacquot, J.-M. , Strubel, D. , Péliissier, J. (sous la direction de), *La chute de la personne âgée*, Paris, Masson, 1999, p. 1.

a vécu quatre heures au sol qu'elle dit longues, une attente aux urgences... Quant à Madame M., elle pensait qu'elle allait tomber, alors qu'elle était déjà à terre.

Ce que nous appelons maladroitement et faute de mieux « événement » n'est-il pas simplement un changement qui survient dans l'ordonnement des choses – ce que les Grecs nommaient *Κόσμος* – qui modifie cet ordre sans pour autant le bouleverser, et se produit, par conséquent, toujours, dans l'horizon du monde ?¹³¹

Nous pensons donc qu'il existe une essentialité de l'accident, comme une essentialité de l'événement, en tant qu'ils accompagnent notre existence. Alors que peut vouloir signifier « événement indésirable » ?

¹³¹. Romano, Claude, *L'événement et le monde*, *op. cit.*, p. 6.

CHAPITRE IV – ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

1. De la nécessité

« Quand une chose ne peut pas être autrement qu'elle n'est, nous disons qu'il est nécessaire [*αναγκαιον*, en grec] qu'il en soit ainsi. Et de cette nécessité dérive, en quelque sorte, toute autre nécessité »¹³². La nécessité est condition de vie ; respirer en est un exemple. Elle est condition de bien, de rejet du mal ; prendre remède pour guérir peut en être une illustration. Elle nous contraint, nous dit Aristote. Elle ne nous laisse pas de choix. Ainsi, tout ne dépend pas de notre pouvoir. La nécessité limiterait notre liberté. Mais l'accident lèverait en quelque sorte ce déterminé, cette contrainte. Tout ne serait donc pas inscrit dans le marbre de la nécessité, ce qui permettrait justement une liberté. Dans nos services de soin, quelquefois cette marge de liberté est sacrifiée, et nous verrons comment.

Un « Événement indésirable » est attribué dans nos services de soins dès la chute d'un patient. Cet intitulé concerne tous les risques, risques comme « Situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation

¹³². Aristote, *Métaphysique*, *op. cit.*, Livre V. Chapitre IV, (1015a), p. 114.

habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages »¹³³. Face à une recrudescence de judiciarisation des usagers, suite à des crises comme celles de « la vache folle », du sang contaminé... La gestion des risques est l'une des orientations prises par les hôpitaux, elle est vivement recommandée dans son manuel de certification¹³⁴ par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce paradigme prend naissance aux États-Unis dans le champ des soins de l'anesthésie et de l'obstétrique dans les années cinquante. Au-delà d'un recensement des événements sur une fiche de signalement, il est de se servir de l'erreur, non plus comme un prétexte pour mettre à l'index un professionnel de santé¹³⁵, mais comme l'opportunité d'une réflexion de tous, pour viser une meilleure qualité de soins.

À l'image de la maladie, et suite au processus d'un enchevêtrement de faits, la chute peut apparaître comme un symptôme de déséquilibre de l'organisme. Processus invisible, en immersion dans la quotidienneté de la vie, et qui n'est révélé que parce que l'événement en jaillit, lui qui est visible à soi et aux autres. Processus est un « Enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à un résultat déterminé¹³⁶. » Mais il est aussi une « suite continue d'opérations constituant ma manière de fabriquer, de faire

¹³³. A.N.A.E.S, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, Janvier 2003, p. 100.

¹³⁴. Delrieu, Marie-Anne, L'exploitation des fiches de signalement des événements indésirables au service d'une vision managériale de la politique de gestion des risques, l'exemple du Centre Hospitalier de Redon, Mémoire pour le titre de Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2009.

¹³⁵. Modèle de Reason : Théorie de James Reason : Depuis 1990, les travaux de James Reason ont contribué à faire évoluer la gestion des risques vers une analyse approfondie des EIAS et la prise en compte du contexte organisationnel et technique dans lequel les soins ont été délivrés. Cette approche internationale, moins culpabilisante, ouvre ainsi la perspective de pouvoir apprendre et agir sur les erreurs qui surviennent. Pour cela l'utilisation systématique d'une analyse « systémique » à l'aide d'une grille de questionnement, permet aux équipes de ne pas s'arrêter à une analyse superficielle, centrée sur la cause immédiate, mais d'investiguer les causes profondes qui ont contribué à la survenue de l'EIAS. HAS, Outils, guides et Méthodes, Causes systémiques ou latentes des événements indésirables associés aux soins. Consulté le 22/01/2018.

¹³⁶. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 867.

quelque chose ; procédé technique, processus de fabrication¹³⁷. »

Nous essayerons de comprendre dans les pages qui suivent, en quoi l'organisation en milieu hospitalier peut participer à ce processus.

2. Accueil d'un patient âgé hospitalisé pour chute

Les malades quelquefois tombent lors de l'hospitalisation, mais il nous arrive bien souvent d'accueillir un patient après qu'il a chu. Lorsqu'il est âgé, parfois, ce « tomber » comme une ombre l'accompagne ; le patient alors nous arrive le corps et l'âme meurtris, un cocard à l'œil, comme s'il était passé à tabac, avec des égratignures aux genoux ; les mêmes que portent les enfants, mais avec cet étrange décalage dû à l'âge, et qui donne à ces blessures une autre signification. Les blessures de l'enfant qui tombe, en effet nous indiquent une vivacité dans l'acquisition motrice, alors que celles de nos patients, affichent leur vulnérabilité, à travers notamment une diminution des capacités motrices. La prise en compte de cette altération est incontournable pour une prise en soin de nos patients, que nous ne pouvons réduire à une approche biomécanique.

L'Organisation mondiale de la santé définit la chute comme « la conséquence de tout événement qui fait tomber le sujet à terre contre sa volonté ». Dans notre service, nous accueillons, mes collègues et moi, des patients, en aval des urgences. Ils présentent un problème aigu ; bien souvent, la chute est annoncée comme une maladie, comme le serait un diabète déséquilibré, un ulcère désinfecté, une infection pulmonaire, des douleurs lombaires, une hypertension artérielle. Les personnes, notamment âgées sont accueillies dans notre service pour cause de chute, comme nous dirions pour cause infectieuse, amaigrissement inexplicé, ou autre mal. « Une personne sur deux de plus de 80 ans fait une chute dans l'année, avec des conséquences médicales, psychologiques et sociales »¹³⁸.

¹³⁷. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 867.

¹³⁸. Équipe d'intervention gériatrique, groupe hospitalier Cochin-Broca, Hôtel-Dieu, AP-HP : Bach. F., Marchand, P., Chiffroy, D., Natali, J.-P., Marchand, P., Schwald, N., « Intérêt de

Classiquement, les facteurs avancés reposent sur trois axes : ceux liés à l'état de santé de la personne, à ses habitudes de vie, et à son environnement¹³⁹.

La chute est déclarée comme une maladie. Selon Laplantine¹⁴⁰, la maladie est une rupture d'équilibre entre l'homme et le cosmos. Est-elle rupture ? Ou à l'inverse, n'est-elle pas continuité de ce même équilibre ? Elle nous alerte bien, sur ce quelque chose qui « ne tourne pas rond » ; elle en est le symptôme. La chute est le fait de passer à une position inférieure au niveau initial ou de se retrouver sans le vouloir au sol. Il y aurait ici, rupture ou bien alerte. « Je fais une chute » comme « Je fais mon deuil ». Cet énoncé nous laisse à penser que nous sommes toujours maître, même de ce qui nous advient, de ce qui nous modifie. Cette expression avouerait mon obstination à être dans la maîtrise, même si indéniablement je suis genoux à terre. Les mots de cette expression ne seraient-ils pas à inverser ? Car notre chute fait ce que nous sommes, car notre deuil nous fait. C'est bien la chute, tout comme le deuil qui deviennent sujets et qui travaillent notre être à notre insu ou pas, et non l'inverse.

3. Un confort trouble

Un patient raconte : « Pendant un laps de temps très infime, je suis pris entre deux sentiments : me laisser aller, parce que finalement ce n'est pas si désagréable d'être dans le vide ... et puis non, il ne faut pas que je tombe parce que je vais me faire mal ». Dans une fraction de temps, il y aurait des possibilités : tomber ou ne pas tomber. Cette sensation de confort trouble, pris entre deux eaux, nous renvoie à une autre expérience crainte et que nous avons tous plus ou moins éprouvée : il s'agit de la somnolence au volant. Chaque conducteur la redoute, néanmoins, lorsqu'il se sent piquer du nez en conduisant, il se produit une sorte de

l'optimisation du retour au domicile après une chute pour prévenir la survenue d'une nouvelle chute », in *Neurologie-Psychiatrie- Gériatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2015, p. 189.

¹³⁹. Cayado, V., Chahbi, R., « La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées à domicile », in *Neurologie-Psychiatrie- Gériatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2015, p. 195.

¹⁴⁰. Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, op. cit., p. 72.

déconnexion qui fait qu'il se sent en sécurité au moment où il pique du nez. Il est à la fois au volant et ailleurs ; céder aux bras de Morphée peut être une expérience agréable, tout se passe comme si l'on acquiesçait au bercement de l'endormissement à ce moment-là, alors qu'il ne faut surtout pas. Nous pouvons dire qu'il s'agit là d'une expérience d'abandon. Le conducteur s'abandonne en toute quiétude dans un monde d'inconscience, et il est à la fois submergé de sommeil, il ne peut plus lutter. Vaincu par la fatigue, il est persuadé qu'il ne lui arrivera rien, d'ailleurs l'idée même de danger, sur une durée très infime n'existe pas. Ce sentiment de l'entre-deux, nous nous en éloignons, lorsque la fine pointe de la conscience épingle avec acuité et fugacité, le souvenir de notre mortalité. Nous sommes alors dans une sorte de vacillement empreint d'effroi, comme sur un fil de funambule, car très vite nous basculons de nouveau dans l'inconscience de notre impermanence.

Mais revenons à notre patient. Examiné aux urgences, quelquefois, il doit par son malheur intéresser le service accueillant pour se voir proposer un lit. À l'hôpital, lorsque nous parlons de lit, rarement, nous pensons à un lit matérialisé, avec un oreiller, un drap, une couverture, des roues... dire que nous avons un lit disponible dans l'unité, signifie : il y a suffisamment de personnel pour soigner ; mais la pathologie elle-même, trop souvent, bien avant le patient, bien avant l'être, répond à nos préoccupations. Et dans ces cas, ce n'est plus le patient que nous recevons, mais bel et bien, la maladie, accompagnée accessoirement d'un patient. Nous parlons bien de la hanche gauche du 12, pour évoquer Madame hospitalisée pour fracture de la hanche, et qui est alitée dans la chambre numéro 12 ; ou bien de la prostate du 5...

4. Syndrome de post-chute

À cette notion de chute, fait résonance ce que nous nommons dans le jargon soignant deux syndromes : « le syndrome de post-chute », « le syndrome

de glissement ». Le syndrome (du grec *sundromê*, concours) est en médecine un ensemble de signes, de symptômes, de troubles dont les causes sont inconnues ou multiples¹⁴¹. Nous pensons que dans le champ médical, la ruse du langage impose ce vocable. En effet, dire syndrome c'est nommer, nommer est déjà catégoriser, et prétendre à une certaine maîtrise sur un *ob-jet* quel que soit le halo d'inconnu qui l'entoure. Si quelquefois la chute relève de dysfonctionnements biomécaniques entre autres, elle est souvent suivie d'un cortège de défaillances, une fois encore ledit syndrome, syndrome de post-chute.

Le syndrome de post-chute représente la terreur de tomber, qui érode l'élan de vie de la personne : celle-ci n'ose plus se mobiliser, elle se désinvestit de ses activités habituelles, puis, au fur et à mesure, elle entre dans un état dépressif avec une perte des capacités psychomotrices augmentant de fait sa dépendance ; par ce syndrome post-chute se révèle bien un traumatisme à cause du choc du corps sur le sol, d'une longue attente, sans certitude d'un secours, avec la peur de mourir¹⁴² et dans la solitude. Le syndrome post-chute est donc marqué par une désadaptation psychomotrice induisant une diminution des capacités fonctionnelles, qui aboutit à une perte de l'activité. Les troubles moteurs (dont la rétropulsion, qui se caractérise par un mouvement poussant un membre – le bras ou la jambe - en arrière du plan sagittal du corps ; trouble statique caractérisé par une tendance à la chute en arrière, sans réactions compensatrices visant à rétablir l'équilibre¹⁴³) et troubles de la marche viennent majorer le risque de nouvelles chutes¹⁴⁴. En tant que soignants, nous ignorons trop souvent cet état dans lequel notre patient appréhende la marche, entravée par la crainte de tomber à nouveau. Cette difficulté, engendrant bien des souffrances, se heurte fréquemment à notre

¹⁴¹. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 1027.

¹⁴². Leborgne, Sophie, « La chute chez la personne âgée : une modalité suicidaire ? », in *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2014, p. 286.

¹⁴³. Site internet Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, consulté le 17/01/2018.

¹⁴⁴. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, *Recommandations pour la pratique clinique, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*, novembre 2005, HAS, consulté le 18 octobre 2017.

incompréhension. Une situation nous est très familière : nous sommes face au patient s'accrochant à l'accoudeur ou à la barrière du lit, en position de rétroimpulsion, criant parfois, comme s'il était au bord d'une haute falaise. Nous, avons alors la conviction que s'il ne peut pas, c'est tout simplement parce qu'il ne le veut pas. Dès lors, nous nous obstinons à vouloir qu'il se redresse, sans saisir qu'à cet instant, nous nous acharnons dans ce qui nous paraît juste pour le patient, en faisant fi de sa réelle terreur à la verticalisation. Si la notion de paternalisme est avancée souvent pour le corps médical, celle de maternalisme peut tout-à-fait être appliquée aux soignants au chevet du patient. Dans cette croyance liée à la méconnaissance, nos gestes et nos paroles exaspérées perdent leur soutenante rondeur. De par leur caractère brutal, ils nous séparent du soin. En formation initiale de la profession d'infirmière, ou d'aide-soignante, rarement cette donnée de désadaptation psychomotrice n'est évoquée, moins encore, mise en exergue. Bien entendu, les fractures sont abordées, bien entendu, les processus dégénératifs le sont aussi d'une manière très pragmatique, mais rarement cette modification de l'être est explicitement développée. Elle relève d'une psychologie bien réfléchie. Dans un souci de mise en pratique, nous proposons que cet aspect soit clairement explicité aux apprenants. Cette élucidation permettrait aux futurs soignants d'éviter certains écueils, notamment l'impatience qui mène bien trop souvent à une négligence dans notre prise en soin.

5. Syndrome de glissement

Nous évoquions le syndrome post-chute, le syndrome de glissement lui est souvent corrélé. Il peut en découler ou en résulter. Il se fait couramment à bas bruit. Alors, le refus de se nourrir, de se lever, de faire sa toilette, de communiquer viennent poser des parenthèses, signifier un temps, comme de suspension, dans cette trajectoire de vie de nos patients. Bien souvent, ce syndrome survient chez le patient âgé, dont l'état clinique précarisé par des antécédents médicaux, est fragilisé par une crise aiguë, et la chute peut être l'une de ces crises. Ni l'examen

clinique, ni les examens complémentaires n'expliquent cet état passif¹⁴⁵. Il arrive que le patient demande à ne plus être sollicité ni comme partenaire de soin, encore moins comme objet de soin. Le souhait même de mourir peut être exprimé. Le lien entre dépression et syndrome de glissement s'impose très souvent. Il y a dès lors recours à un traitement antidépresseur ; celui-ci nécessite une prise sur quatre à six semaines. Mais le syndrome de glissement ne permet pas le respect de ce délai, car altérant avec fulgurance l'état général du patient, il en abrège la vie. En outre, le patient n'est pas nécessairement « répondeur » pour telle molécule et là encore, le temps fait défaut pour arriver à cibler le traitement efficace¹⁴⁶. Ne faisant pas preuve de son efficacité, ce lien de cause à effet est quelquefois remis en question. Ces difficultés suscitent de nombreuses recherches dans certains services de gériatrie, car pouvoir poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur (EDP) permettrait de traiter ce syndrome de glissement... Cependant, réduire ce profond mal-être à la question médicale n'est-il pas réducteur ? Et seulement traiter cette dépression, ne serait-ce pas cacher, faire taire un symptôme plus profond ?

Si nous accueillons dans notre structure hospitalière des patients pour cause de chute, nous sommes amenés à prendre également soin de patients qui chutent dans notre service même.

¹⁴⁵. Bazin, N. La revue de gériatrie, Tome 27, N°5 mai 2002, *Point de vue, Syndrome de glissement : un équivalent dépressif ?* Chups.Jussieu.fr, consulté le 23 octobre 2017.

¹⁴⁶. *Idem*.

CHAPITRE V – CHOIR DANS UN SERVICE DE SOIN

1. De silence

Nous sommes dans la salle de soins, et notre compétence auditive, formée par quelques années de pratique soignante nous amène à reconnaître le bruit singulier de la chute du corps d'un homme. Nos sens, l'audition, la vue, le sentir, le toucher, se sont aiguisés, en se frottant et se limant¹⁴⁷ aux sens de l'autre, dans le quotidien de l'approche clinique. « Leur rôle (des sens) est précis, circonscrit : informer l'âme des événements du monde, la prévenir aussi des dangers menaçants le corps »¹⁴⁸. Ici, il s'agit du corps de l'autre, mais aussi du nôtre, ici et maintenant ; et ce sont bien nos sens qui nous relient à l'autre. Ce n'est ni une télévision, ni une armoire qui s'est écroulée, car ce bruit que nous venons à l'instant d'entendre est ramassé en quelque sorte, un bruit mat ramassé, d'une tonalité pleine, pleine de vulnérabilité, qui nous saisit. Parfois un cri ou un gémissement accompagne cette sonorité d'effondrement. Avant de nous précipiter auprès de la victime, nous marquons un temps de silence. En physique, le silence

¹⁴⁷. Montaigne, Michel Eyquem (de), *Essais, Livre I*, Paris, PUF, 2013/1595, p. 227 : « Il faut voyager pour frotter et limer sa cervelle contre celle d'autrui ».

¹⁴⁸. Vigarello, Georges, *Le sentiment de soi, histoire de la perception du corps XVIe-XXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2014, p. 15.

est l'absence de propagation d'ondes sonores, quant au physiologiste, il dira qu'il est absence de vibration tympanique. Ce temps de silence invite à l'arrêt, à l'immobilisation, s'opposant au fracas perçu, et à la cadence de notre travail ; il est comme extrait d'un rythme effréné. Mais en réalité, notre souci s'est lui-même vêtu de ce halo de silence, ou bien est-ce le silence qui se pose comme consubstantiel de notre souci le défendant d'une quelconque effraction sonore et même visuelle. Notre intentionnalité est tendue vers notre patient. Il est comme le sas où se métabolise cette onde de choc. Le silence serait défini comme absence de bruits, de tout ce qui est audible. Le bruit étant corrélé à l'action, le silence en signerait l'absence, absence ou presque de mouvement. Notre propre quasi immobilité, comme mimant dans une sorte de communion notre patient que nous imaginons immobile au sol. « Le silence prend donc la tonalité des événements »¹⁴⁹. Hôpital Silence ! Pour mieux entendre le bruit des organes ?¹⁵⁰ En réalité, nous le savons, l'hôpital n'est pas un lieu de tout repos. L'institution est pleine de vacarme ; tout d'abord celui des machines, de la cafetière dans l'office alimentaire, qui annonce l'embauche d'une nouvelle équipe, le chariot repas, la cireuse, les brancards, les sonnettes des chambres et ceux des téléphones portables, et des appareils de surveillance qui, par leur stridente sonorité ne cessent de maintenir en alerte le personnel soignant, mais aussi bien les malades. Et cette stimulation se continue jusque dans la vie privée. Ainsi, nombre d'entre nous entendent encore le retentissement du monitoring, alors qu'ils ont laissé leur blouse et vacation au vestiaire et pensent maintenant s'arrêter en toute quiétude devant l'étalage d'une vitrine, dans une rue marchande.

À ce chahut, prennent part les grincements du lit qui n'a pas été remplacé depuis des lustres, les ronflements du matelas anti-escarre électrique, les rideaux que l'on abaisse avec une manette, les chariots de soins et de transport, brancards,

¹⁴⁹. Solère, Jean-Luc, « Silence et philosophie » in *Revue Philosophique de Louvain*, Quatrième série, tome 103, n°4, 2005, p. 624.

¹⁵⁰. En référence à René Leriche, physiologiste et médecin (1879-1955) : « *La santé est la vie dans le silence des organes* ».

fauteuils roulants et autres béquilles, le chariot repas, mais aussi le téléviseur dont le voisin sourd ne cesse d'augmenter le volume. Et puis lorsqu'ils ne sont pas recouverts par ce décor sonore de fond, les gémissements, des pleurs se font entendre. Dans certains vieux et beaux bâtiments, les souris y vont aussi de leur partition ; parfois quelques rires de patients ou de soignants osent s'inviter. Le cliquetis du déambulateur du patient, lequel patient est accompagné dans le couloir par la kinésithérapeute. Il y a aussi cet autre patient dont la date de sortie a été reportée. Il essaie de marcher dans le couloir en faisant rouler son harcelant pied à perfusion.

À quelques pas de ce brouhaha, les lieux de culte nous imposent le silence. Ils abritent en leur cœur le sacré. Si l'hôpital, anciennement tenu par des communautés religieuses, n'est pas un lieu de culte même si en son sein il existe habituellement une chapelle, ne nous rappelle-t-il pas par maints aspects un lieu sacré ? Et ce, jusque dans les espaces de technologie de pointe, tels que le bloc opératoire où le chirurgien se fait mi Dieu, si ce n'est Dieu en personne. « Le temps de l'opération donne parfois lieu à une certaine « liturgie » marquée par le silence [...] cela requiert une forme de recueillement nécessaire à la concentration, et finalement une sorte de « grâce » au double sens esthétique et religieux du terme¹⁵¹. » Sacré, vient du latin *sacrare*, de *sacer*, sacré. Qui a rapport au religieux, au divin¹⁵². « Il se dit des choses qui méritent d'être vénérées inviolablement¹⁵³. » Le religieux invite au recueillement et à la gravité. L'histoire de la médecine nous rappelle le lien consanguin entre les autorités médicale et religieuse ; elles sont représentées par la gente masculine ayant accès à l'écriture et à la lecture. Cette séculaire connivence piège d'ailleurs certains patients

¹⁵¹. Lagrée, Jacqueline, *Le médecin, le malade et le philosophe*, Paris, Éditions Bayard, 2002, p. 148.

¹⁵². *Le Petit Larousse illustré*, op. cit., p. 952.

¹⁵³. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, op. cit., Vol. 6, pp. 1808-1810.

aphasiques¹⁵⁴. Ainsi madame R. nous demande souvent si le curé va faire sa visite ce matin. La littérature témoigne de cette proximité des genres. Le héros de Georges Simenon, Dans *Les anneaux de Bicêtre*, évoque son hospitalisation avec ce point de vue :

Cela fait penser, en moins hiératique à une cérémonie religieuse. Les malades doivent être assis sur leur lit et la petite troupe ira de l'un à l'autre. [...] Chacun attendait son tour, tendait l'oreille, s'efforçant de comprendre les commentaires du médecin qui auraient bien pu être prononcés en latin¹⁵⁵.

Aujourd'hui encore, il est vrai que la visite, parfois se fait procession ou bien cortège royal. L'interne est en première ligne, comme en éclaireur, suivi du chef de service, lui-même suivi du cadre de soins, si ce dernier est libéré de son problématique planning concernant le personnel. Ensuite, l'infirmière devance la grappe d'étudiants de toutes disciplines (psychologue, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins), ainsi que, plus rarement les stagiaires aides-soignants, car trop souvent considérés comme de simples exécutants qui n'auraient que faire de ces savoirs déployés autour du lit du patient. Le silence de ces derniers n'a d'égal que celui de ceux-là. Et là, trop souvent les délibérations se font dans un argot, langue aussi étrangère, pour le commun des mortels, que le latin des liturgies.

Dans le soin, le silence est une entité qui fait partie du soin-même ; il modifie une scène, du tout au tout ou, plutôt, il en donne les couleurs de fond. Le silence est un *existential* car il a rapport à l'être, à la manière dont l'«existant » a rapport au monde¹⁵⁶.

Tous les silences ne se valent pas car ils voilent mais peuvent aussi révéler, tout comme dans les gammes de musique, ils sont variations. Dans nos services,

¹⁵⁴. Définition *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 98 : Affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage parlé et écrit, à la suite d'une lésion du cortex cérébral.

¹⁵⁵. Simenon, Georges, *Les anneaux de Bicêtre*, Paris, Presses de la Cité, 1966, p. 40.

¹⁵⁶. Dubois, Christian, *Heidegger : introduction à une lecture*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », 2000, p. 359.

certains soins peuvent blesser, gêner, humilier la personne qui les reçoit, s'ils ne sont pas accompagnés de paroles. Madame D disait « [...] ça se passe dans le silence, on vous change, on vous a pris votre tension, au-revoir madame, etc. ». Les étudiants, avec une certaine fraîcheur dans le regard, le perçoivent, et regrettent lorsqu'ils ne maîtrisent pas le geste technique, de ne pouvoir communiquer verbalement avec le patient dans le même temps qu'ils déroulent leurs actions. Ils restent focalisés, et nous ne le déplorons pas, sur le respect de l'asepsie par exemple. Une autre difficulté peut être liée à, que dire, de quoi parler pendant cette réfection de pansement d'une escarre située au sacrum. Nous pourrions leur proposer de décrire le soin, avec juste ce qu'il faut de détails, afin d'éviter que les explications soient anxiogènes.

2. De bavardage

Mais il est des situations où vouloir à tout prix « que la parole aille son train¹⁵⁷ », combler le silence par le bavardage peut confisquer l'espace de l'autre et ne lui permettre aucune question véritable ; car la réponse, nous l'assétons d'emblée, pour éviter de nous aventurer sur des chemins inconnus de la rencontre. Heidegger évoque le « on dit¹⁵⁸ », qui n'est pas péjoratif en soi car parler du beau temps permet aussi la relation à autrui, cependant il reste une modalité d'être, nous éloignant en quelque sorte de notre authenticité. Par ce terme, nous conscience de notre vulnérabilité, de sa possibilité de ne pas être, de sa finitude, ce qui a sans doute une incidence sur sa manière d'être soignant, justement.

« Il faut qu'avant le *λόγος*, il y ait le silence qui supporte le *λόγος* »¹⁵⁹. Car le silence fait partie du discours, comme le silence en musique fait partie intégrante du morceau joué au même titre que le son. Mais ce même silence

¹⁵⁷. Heidegger, Martin, *Être et temps*, op. cit., chapitre 35, p. 215.

¹⁵⁸. *Idem*, p. 214.

¹⁵⁹. Expression de Proclus dans *Extraits du commentaire sur la philosophie chaldaïque*, IV, dans *Oracles chaldaïques*, 210. Solère, Jean-Luc, « Silence et philosophie » in *Revue Philosophique de Louvain*, op. cit., p. 627.

demande aux soignants une certaine retenue, une certaine économie de bavardage pour pouvoir prendre corps. « Le silence est aussi un bien commun, auquel chacun doit pouvoir et vouloir participer, sans se le laisser imposer¹⁶⁰».

3. Une sorte d'ancre

Nous sommes donc dans la salle de soins, et la densité de ce silence extérieur, c'est-à-dire en dehors de notre champ d'intentionnalité, n'en est que plus remarquable. Il autorise notre discussion avec le collègue mais aussi une discussion intérieure : « Avons-nous bien entendu quelqu'un choir ? Est-ce l'entrante de la chambre cinq ? Ou bien n'est-ce pas plutôt monsieur M. qui depuis son changement de lit ne cesse de tomber ? Qu'avons-nous oublié de faire pour mieux sécuriser le patient ? ». Nous sommes face à face et nous nous regardons un laps de temps, comme si l'une et l'autre, nous nous regardions dans un miroir vivant, doué d'altérité. Son regard n'est pas un regard objectivant ; son regard m'empêche d'être enfermée entre moi et moi-même, et réciproquement ; il semble que de nous regarder à ce moment-là, nous permet de créer un pont nous reliant à nous-mêmes. Nos regards sont alors l'une pour l'autre comme une sorte d'ancre signant notre intersubjectivité, et soutenant notre conscience de nous-mêmes. « Chaque conscience de soi n'est pour soi effectivement que par la médiation de l'autre qui la reconnaît ; dans son état immédiat, elle n'est que chose vivante, elle n'est pas encore authentiquement conscience de soi¹⁶¹. » Notre conscience n'est pas close en nous, elle est ouverte au monde, et à nous-même. Mais nous verrons que le regard, au lieu de conforter la subjectivation, peut à l'inverse, aussi, réifier l'autre.

¹⁶⁰. Fleury, Cynthia, *La fin du courage, la reconquête d'une vertu démocratique*, Paris, Fayard, 2010, p. 154.

¹⁶¹. Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, *La Phénoménologie de l'esprit*, traduit par Jean Hyppolite, Paris, Aubier-Montaigne, 1970, t. 2, p. 155.

4. Tomber de sa hauteur

Le patient parce qu'il est tombé malade, lui arrive aussi de tomber du lit ou de sa hauteur. Dans le langage commun, « Tomber avec hauteur », souligne la manière manifeste de s'effondrer au sol. « Tomber de sa hauteur » signifie que la personne chute là où elle se tenait debout ou assise. Pour tomber de sa hauteur, la personne doit être au préalable à même le sol, la terre. Un objet peut également tomber de sa hauteur. Mais tomber avec hauteur cette fois pourrait sous-entendre une éminence de l'homme, son éminence face aux objets et autres êtres vivants.

Dans « *De l'âme*¹⁶² », Aristote parle de la vie végétative, de la mobilité, de la rationalité, comme différentes manières d'être. Notre supériorité serait du fait, que notre raison intègre les fonctions végétatives comme les plantes et, sensibles comme les animaux ; mais la philosophe Corine Pelluchon, souligne que nous abordons l'animal, non pas en accueillant son altérité, mais toujours en référence à nous-mêmes. Nous nous posons toujours comme modèle, puis avec orgueil, nous lui accordons les imperfections qu'il n'a pas car il est autre, pour mieux nous élever au-dessus de lui¹⁶³. Pour ce faire, nous retranchons notamment les facultés rationnelles, et nous nions aux animaux une possibilité d'accès différent au réel¹⁶⁴. Et pour rappeler notre dignité, nous infirmons la leur¹⁶⁵.

La nature nous avait donc faits pour être au-dessous des animaux, ou du moins pour faire par là-même mieux éclater les prodiges de l'éducation, qui seule nous tire du niveau et nous élève enfin au-dessus d'eux [...]. Nous n'avons pas dessein de nous dissimuler les objections qu'on peut faire en faveur de la distinction primitive de l'homme et des animaux, contre notre sentiment. Il y a, dit-on, dans l'homme une Loi naturelle, une connaissance du bien et du mal, qui n'a pas été gravée dans le cœur des animaux. Mais cette objection, ou plutôt cette assertion, est-elle fondée sur l'expérience, sans laquelle un philosophe peut tout rejeter ? En avons-nous quelqu'une qui nous convainque que l'homme seul a été éclairé d'un rayon refusé à tous les autres animaux ?¹⁶⁶

¹⁶². Aristote, *De l'âme*, trad. par Richard Bodéus, Paris, Flammarion, 1993/ 1362, p. 149.

¹⁶³. Pelluchon, Corine, *Les nourritures, philosophie du corps politique*, Paris, Seuil, L'ordre philosophique, janvier 2015, p. 133.

¹⁶⁴. *Idem*, p. 118.

¹⁶⁵. *Ibidem*, p. 160.

¹⁶⁶. Offray de la Mettrie, Julien Jan., *L'homme-machine*, Paris, Éditions Denoël-Gonthier, (Collection Folio-Essais), 1981, pp. 174-175.

Et c'est en auto-proclamation que cette prétendue supériorité est déclarée ; en effet ce n'est ni le tigre, ni la rose qui désignent l'être humain en tant qu'être supérieur mais bien l'homme lui-même qui se pose sur ce piédestal. Notre supériorité serait dans le fait que nous sommes conscients d'être, à la différence de la pierre. Notre supériorité se légitimerait dans ce que ni l'animal, ni la plante n'ont : c'est-à-dire la conscience.

Dieu dit : faisons l'homme à notre image, comme notre ressemblance, et qu'ils dominent sur les poissons de la mer, les oiseaux du ciel, les bestiaux, toutes les bêtes sauvages et toutes les bestioles qui rampent sur la terre. Dieu créa l'homme à son image, à l'image de Dieu et il le créa, homme et femme il les créa¹⁶⁷.

La Bible nous dit que nous avons été créés à l'image de Dieu, et notre conscience nous permet de régner sur les autres créatures de la terre, sans oublier notre responsabilité envers ces mêmes êtres¹⁶⁸.

Nous devons également faire un détour par la mythologie grecque, qui elle aussi nous distingue des autres espèces vivantes, en nous élevant au haut de l'échelle ; Platon nous rappelle à travers le Mythe de Prométhée¹⁶⁹, les attributs d'essence divine qui compensent les aptitudes que les humains n'ont pas eues. L'homme « est nu, sans chaussures, sans couvertures, ni armes » nous dit le Mythe. Cette compensation est la connaissance des arts et du feu ; il s'érige en outil universel, c'est-à-dire en l'intelligence instrumentale ; elle est incontournable pour conserver la vie. De même, la science politique, dont l'art militaire, avec le sens de la pudeur et de la justice, permet la vie de la cité. Ainsi pourvu, l'homme sort de la nature pour la culture.

La grandeur pour Kant est que l'homme dans son infinie solitude, échappe au déterminisme, à la différence des autres êtres. Il est en mesure de créer ses propres lois. Parce qu'il est habité par la loi morale, parce qu'il est être de liberté, de raison et de devoir « [...] le devoir est la nécessité d'accomplir une action par

¹⁶⁷. *Genèse* I, 26.

¹⁶⁸. Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération*, Paris, 2018, Seuil, pp. 125-128.

¹⁶⁹. Platon, *Protagoras*, *op. cit.*

respect pour la loi¹⁷⁰», la loi morale est ce qui me conduit à agir « [...] de telle sorte que je puisse aussi vouloir que ma maxime devienne une loi universelle »¹⁷¹. Après Dieu, il « est comme maître et possesseur¹⁷² » du monde avec une part d'irréductible hétéronomie, induite par la question du temps ; et parce qu'il est *comme maître* du monde, il pourrait prétendre à sa place première devant les autres créatures, même si nul ne peut, jusqu'à aujourd'hui prouver cette suprématie. Mais de reconnaître en l'animal une radicale altérité, non pas un sous-humain, mais réellement un autre être, cela nous permettrait d'accueillir d'autres altérités et plus précisément d'autres vulnérabilités, des altérités dépendantes, lesquelles, à un moment ou à un autre de notre existence, nous sommes amenés à être.

Si la conscience fait notre grandeur, elle fait aussi notre misère. Et notamment dans la maladie, qui met en surbrillance notre corps et notre conscience du corps. Ainsi, nous sommes grands et misérables à la fois. Grands par notre liberté, qui nous permet d'échapper au déterminisme, à la nature, grands par notre pensée qui nous donne accès à ce que doit être la loi, notre devoir être, ou moralité. « Or la moralité est la condition qui, seule, peut faire qu'un être raisonnable est une fin en soi ; car il n'est possible que par elle d'être un membre

¹⁷⁰. Kant, Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, Paris, Le Livre de Poche, Classiques de la philosophie, 1993/1785, p. 66.

¹⁷¹. *Idem*, p. 69.

¹⁷². Descartes, René, *Discours de la méthode*, Paris, Pléiade, 1953/1637, p. 168 : « Car elles (quelques notions générales touchant la physique) m'ont fait voir qu'il est possible de parvenir à des connaissances qui soient fort utiles à la vie, et qu'au lieu de cette philosophie spéculative qu'on enseigne dans les écoles, on en peut trouver une pratique, par laquelle connaissant la force et les actions du feu, de l'eau, de l'air, des astres, des cieus et de tous les autres corps qui nous environnent, aussi distinctement que nous connaissons les divers métiers de nos artisans, nous les pourrions employer en même façon à tous les usages auxquels ils sont propres, et ainsi nous rendre comme maîtres et possesseurs de la nature. Ce qui n'est pas seulement à désirer pour l'invention d'une infinité d'artifices, qui feraient qu'on jouirait sans peine des fruits de la terre et de toutes les commodités qui s'y trouvent, mais principalement aussi pour la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie ; car même l'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du corps, que, s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusques ici, je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher. »

législateur dans le règne des fins¹⁷³ ». Mais dire que notre dignité est métaphysique, serait encore oublier ce par quoi, notre existence ne pourrait être, c'est-à-dire notre corps, corps pesant mais aussi corps pensant, corps trébuchant.

« Au commencement était la faim », écrit Levinas dans *Les Carnets de captivité*. Ainsi, le corps est le point de départ de notre expérience. Il rabat la prétention de la conscience à être à l'origine de tout le sens et implique la prise en considération de la matérialité de notre existence¹⁷⁴.

Car oui, nous avons aussi cette capacité de trébucher, seul le rampant ne le peut. De filiation divine ou de supériorité ontologique, nous n'en sommes pas moins misérables. Notre liberté est toute relative ne serait-ce que par « [...] notre absence fondamentale de liberté, symbolisée par la lourdeur qui nous tient attachés à la terre »¹⁷⁵. Et plus que tout, notre chute physique ne nous assène-t-elle pas cette réalité, en nous mettant au contact du sol, de la terre, du monde, du dur, du résistant ? Et puis notre conscience, celle-là même qui sert notre grandeur, réfléchit aussi notre petitesse et notre vulnérabilité. Parce que notre dignité ne relève pas seulement de la métaphysique, elle est aussi physique, notre trivialité relève ainsi de ces mêmes caractéristiques. Notre conscience n'est plus cette fois dans une visée glorifiant notre liberté, mais, elle nous met à l'épreuve de l'humiliation. Ainsi ce qui fait notre grandeur fait aussi notre petitesse. Souvenons-nous que « homme » vient du latin « *homo* » lui-même dérivé de « *humus* » qui veut dire la terre, homme terrestre par opposition aux dieux, qui eux, sont célestes. Le nom d'Adam, signifiant en hébreu « tiré du sol », conforte cette idée. Nous sommes faits de terre, et soumis à ses lois. Sommes-nous seuls à le savoir ? Sommes-nous seuls à pouvoir l'oublier ? Le terme humilité, proche du vocable « *humus* », nous rappelle à notre impuissance, mais aussi à notre retour au sol, en terre, pour nous cadavériser. « À la sueur de ton visage, tu mangeras ton pain, jusqu'à ce que tu retournes au sol, puisque tu en fus tiré. Car tu es glaise et

¹⁷³. Descartes, René, *Discours de la méthode*, op. cit., p. 113.

¹⁷⁴. Pelluchon, Corine, *Les nourritures, philosophie du corps politique*, op. cit., p. 8.

¹⁷⁵. Lévi, Primo, *Le métier des autres*, Sarthe, La Flèche, Éditions Gallimard, 1992, p. 261.

tu retourneras à la glaise »¹⁷⁶.

5. En chair et en os

Dans la chambre, la patiente est là, en chair et en os, *in-corporée*. Elle porte une chemise jaune clair avec le pâle logo de l'institution. Madame B. a 87 ans, veuve depuis quelques mois, elle est hospitalisée pour une altération de son état général. Nous la retrouvons, allongée au sol, sur le côté droit, entre son lit et la porte de la salle de bain, la tête à même le parterre en carrelage froid. La réalité hospitalière, jonchée de nudité des corps que nous découvrons et recouvrons jour après jour, nous confronte quotidiennement à notre matérialité. Madame B. a été adressée hier par son médecin traitant, accompagnée de sa fille qui nous informe que sa mère est asthénique, en nous précisant bien qu'elle est continente. Cette précision est à considérer car madame B. a été alitée, et malgré les timides dires de sa fille, nous lui avons appliqué une protection urinaire, par précaution, aimons-nous avancer ; et nous avons dressé les barrières du lit. Mais sans compter sur la liberté de madame B., qui pour ne pas se souiller, a dû sauter par-dessus la barrière du lit pour se rendre aux toilettes, et s'est retrouvée allongée au sol. Dans le choc de la chute, notre patiente s'est fracturé le bassin, sa prothèse dentaire s'est brisée.

Quelque chose s'est produit : la présence d'autrui, c'est-à-dire la nôtre, souligne l'événement dans le service ; il ne concerne plus seulement la personne ayant chuté. Cette situation nous rappelle la maladie annoncée du proche au sein d'une famille. Elle est dans un premier temps désorganisatrice. Son advenu peut troubler le déroulement des activités du personnel soignant et affecter le soignant lui-même : « J'ai eu peur, peur que monsieur T se soit cassé quelque chose, c'est un choc, un court instant car il faut agir » nous dira Fadila, aide-soignante, à travers son témoignage d'une autre chute. Le service se trouve comme contrarié, les uns et les autres arrêtent brutalement leur tâche ou activité. La chute, souci

¹⁷⁶. Bible de Jérusalem, Genèse 3, 19, Paris, Cerf, 1956, p. 12.

éthique, se déploie sur un souci politique. Lorsque la chute advient dans un service de soins, elle crée l'événement, elle perturbe. D'ailleurs, n'est-elle pas dans nos hôpitaux, répertoriée comme « Événement indésirable » ? Mais l'organisation peut-elle désirer ? Ce terme ne touche-t-il pas clairement à l'affectif, aux émotions ? Et l'organisation n'est-elle pas au contraire, démunie de tout affect ?

6. Organisation désirante ?

Nous n'avons pas désiré que cet événement arrive, mais il surgit quand même ? Désir a pour origine le latin *desiderare*. Le *de* exprime le privatif, et le *sidus, sideris*, astre. Dans la langue augurale et marine, *desiderare* veut dire littéralement « cesser de voir l'astre », « déplorer l'absence de, regretter ». Quant à *considerare*, il signifie « voir l'astre », « examiner avec soin ou respect »¹⁷⁷. Ainsi le terme juste ne serait-il pas au lieu de « événement indésirable », plutôt : un événement à considérer, c'est-à-dire à examiner avec soin et respect ? Quand nous regardons le monde de l'autre *Dasein* nous dit Heidegger, nous sommes dans un regard de considération, d'égard (*Rücksicht*), « Considérer (*überlegen*) se dit en grec *λεγειν, λογοζ* et repose dans *αποφαινεσθαι*, dans le faire-apparaître¹⁷⁸ » et nous nous éloignons de *l'utilisabilité*, genre d'être de l'util et par essence « Un util est quelque chose qui est fait pour...¹⁷⁹ », donc quelque chose qui n'est pas fin en soi. Nous ne sommes plus dans un regard analysant, découpant du biologiste par exemple, regardant son frottis de plasma sur une plaquette. Et le regard que nous portons à l'ami n'est pas le même auquel il serait ajouté une affection ; non il est d'un tout autre genre, il est autre.

« Événement indésirable », voudrait dire qu'*on*¹⁸⁰ désire que cet événement ne soit pas. Mais qui est ce *on* ? L'institution ? Le malade ? Le soignant ? La

¹⁷⁷. Cassin, Barbara (sous la direction de), *Vocabulaire Européen des Philosophies*, op. cit., p. 295.

¹⁷⁸. Heidegger, Martin, *Essais et conférences, La question de la technique*, op. cit., p. 14.

¹⁷⁹. Heidegger, Martin, *Être et temps*, op. cit., Chapitre 38, p. 104.

¹⁸⁰. Souligné par nous.

famille ? Or, le désir nous dit René Girard, est mimétique¹⁸¹. Lorsque ses besoins naturels sont satisfaits, l'homme se déleste de son instinct animal pour accéder au désir, désir qui n'est jamais son propre désir, mais qui est puisé dans le désir d'autrui. Il nous éloigne de l'animalité, et peut tout autant générer le meilleur comme le pire. Ce qui fait sa valeur, n'est pas son prix réel mais bien les désirs qu'il suscite et ceux qu'il suscitera¹⁸². C'est ainsi que nous ne désirons pas ce que l'autre ne désire pas. C'est ainsi que même lorsqu'ils sont du même regroupement institutionnel, les hôpitaux, les services talonnés par la tarification à l'activité (dite T2A), croisent le fer. De plus, ils n'hésitent pas à s'inscrire dans une dynamique des secteurs d'activité à risques tels que l'aviation civile et le nucléaire, afin d'éviter les « dommages évitables¹⁸³ ». C'est dans ce mouvement que des lois, telles que la Loi Kouchner du 4 mars 2002, stipule l'obligation pour le soignant de déclarer « La survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé¹⁸⁴ ». Quant à la Loi relative à la politique de Santé publique¹⁸⁵, elle voit apparaître le critère de gravité, modifiant le dommage évitable en « Événement indésirable grave » (EIG). Le décret¹⁸⁶ relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, introduit un nouvel article¹⁸⁷. Ce dernier définit l'EIG comme :

[...] un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

La chute que nous traitons ne relève pas obligatoirement de ce caractère grave.

¹⁸¹. Girard, René, *Je vois Satan tomber comme l'éclair*, op. cit., pp. 35, 36.

¹⁸². Girard, René, *Le bouc émissaire*, op. cit., p. 203.

¹⁸³. Augu, Magali, Mactsf-exerciceprofessionnel.fr, Volume 17, n°65, mars 2017, *Les obligations en matière d'Événement Indésirable Grave*.

¹⁸⁴. *Loi Kouchner* du 4 mars 2002, Article L. 1413-14 du Code de la Santé Publique-CSP.

¹⁸⁵. *Loi* du 9 août 2004, relative à la politique de Santé publique.

¹⁸⁶. *Décret* n°2016-1606 du 25 novembre 2016.

¹⁸⁷. *Article R. 1413-67* du Code de la Santé Publique, 2017.

Aussi notre travail se limitera à « l'événement indésirable ».

Dans l'institution hospitalière, imprégnée d'histoire religieuse, si l'événement indésirable se produit, et si nous pensons que le Désiré par excellence est Dieu, celui qui ne l'est pas serait bien le Diable. Ce qui n'est pas sans nous rappeler notre représentation de la maladie.

Nous rappellerons d'abord brièvement que l'une des modalités occidentales de la représentation du mal-malheur maladie comme une présence intempestive, une entité pathogène, une positivité indésirable qui appelle une intervention chirurgicale de l'extraction n'est certainement pas sans lien avec le fonds historico-culturel du christianisme pour lequel l'individu naît en état de péché (« Le péché originel ») et doit aspirer à en être débarrassé par la médiation d'un tiers (le Christ appelé « Agneau de Dieu ») dont le texte biblique dit qu'il « ôte » ou qu'il « enlève » « le péché du monde »¹⁸⁸.

Ce terme d'indésirable renvoie à la faute, quelque chose qui n'a pas été fait, ou ne l'a été qu'imparfaitement ; « Qu'est-ce que j'ai oublié de faire ? Qu'est-ce que je n'ai pas fait ? » nous dira Fadila, pour nous raconter le tumulte de sa pensée, suscitée par la chute de monsieur T. Ainsi il nous semble que ce vocable ne concorde pas avec ce souhait de déculpabiliser les équipes face à la chute du patient. En déclarant la chute, il est attendu que le soignant s'inscrive dans cette culture de sécurité, où chacun est acteur (l'acteur étant celui qui pose des actes). De déclarer l'accident permettrait de rechercher ensuite les causes de sa survenue, pour y remédier, non pas d'une manière univoque, mais en questionnant les multiples facteurs patents et latents liés au patient, individuels, liés à la tâche, à l'équipe, à l'environnement, à l'organisation, à l'institution. Ce questionnement plurifactoriel permettrait de promouvoir une approche non culpabilisante, et d'améliorer la sécurité des patients. Cette méthode devrait encourager un système n'ayant pas pour finalité de trouver un coupable, la faute, donc la punition, mais cette approche globale de la situation transformerait l'erreur en levier de réflexion et échanges interdisciplinaires.

Cela serait sans compter sur l'imprévisibilité, car le monde du soin est

¹⁸⁸. Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, op. cit., p. 113.

inassimilable à des process industriels reproductibles où tout serait maîtrisable. Dans nos services hospitaliers, la fréquence des chutes peut être un critère d'évaluation de qualité ou plutôt de non-qualité. Les fiches de renseignements sont documentées par les soignants eux-mêmes. Mais si la déclaration présente comme soubassement, une erreur, les soignants ne seront pas toujours prompts à déclarer l'incident. En outre, à travers les témoignages recueillis, ces derniers disent ne pas avoir le retour des analyses effectuées par lesdits experts de la qualité, et regrettent que l'information aille « de bas en haut » exclusivement. Ces « Événements indésirables » déclarés semblent alors exister pour eux-mêmes. Cette traçabilité s'inscrit-elle dans une approche dite compréhensive, pour améliorer la qualité des soins, ou n'existe-elle que pour elle-même ? Nous pourrions également penser que cela serait une façon de nous persuader d'une constante surveillance des autorités sur notre travail ? Nous comprendrons en troisième partie, en quoi cette dernière hypothèse, celle de la persuasion de permanente surveillance pourrait influencer sur notre travail.

Bien souvent, les analyses peuvent être consultées ou sur le site informatique interne dédié à la « qualité des soins » de l'hôpital, ou affichées dans les couloirs du bâtiment où se trouve l'administration. Par conséquent les résultats des analyses ne sont pas à la portée de soignants, travaillant quotidiennement en fil tendu, et régulièrement acculés à penser au jour le jour leur activité de soins, sans compter les heures supplémentaires de travail, dans leurs sabots.

7. Risque « Zéro »

L'HAS (Haute Autorité de santé), définit l'événement indésirable associé aux soins (EIAS) comme :

Un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et

n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie¹⁸⁹.

Le patient, le proche pourrait dire « Mais qu'est-ce que vous n'avez pas fait pour ma mère, pour mon père ? ». De coutume, bien des moyens sont utilisés : tout d'abord, nous veillons à sécuriser monsieur ou madame. Au fauteuil, tout mouvement est découragé par une table adaptable, qui fait barrage ; certains services de soins font des prouesses en matière de mobilier hospitalier ; il existe des tables solidaires au fauteuil, et le patient chuteur, est proprement incarcéré, enclavé dans ce qui fait pièce. Au lit, nous redressons les barrières, mais avec bienveillance ; et puis si l'envie de gambader, l'incite à passer par-dessus, il arrive trop souvent que nous le ou la contenons avec des menottes de toile de bure fixées au lit par des aimants. Ainsi, nos actes sécuritaires, nous entraineraient là, où soignants, nous ne souhaitons probablement pas nous aventurer. De la chute du patient, sommes-nous témoin de la chute du soignant ? Quelquefois le patient nous dit : « Je vais vous entrainer dans ma chute ! ». Ainsi atteindre ce risque « Zéro » conduirait à un autre risque pour les soignants, celui de devenir des « soignants », des geôliers ? C'est bien là une double peine infligée au patient. À la chute, s'ajoute la contention, c'est-à-dire ni plus ni moins que la privation de liberté. Le corps est plus que jamais objet, instrumentalisé. Et parce que cette personne est séquestrée dans un espace dont la raison d'exister est de donner précisément du soin, cette peine, cette punition s'en trouve paradoxalement banalisée. Ainsi, sur sa propre initiative, un soignant peut contenir un patient, sans que cela apparaisse comme un dépassement de son rôle. Nous avons évoqué par exemple la table solidaire au fauteuil, qui au-delà du bénéfice ergonomique incontestable apporté au patient grâce à son adaptabilité, est indéniablement une technique de contention qui ne dit pas son nom. Et ce n'est certainement pas la prescription médicale qui rend ce geste juste, d'autant plus qu'elle peut être apposée dans le dossier du patient sans que celui-ci ait été approché par le prescripteur. Alors elle devient comme ces effroyables lettres de cachet servant

¹⁸⁹. HAS (site internet de), « Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS). »

l'arbitraire royal. Car la contention, dans ces situations de chute est bel et bien un enfermement, un emprisonnement. Pire encore, elle s'érige en bien pour le patient, validée « car nous faisons ce que nous pouvons » ; nous fonctionnons, et de penser ce que nous faisons, à partir de délibérations en équipe autour de ces multiples gestes, cela nous conduit à banaliser¹⁹⁰ ces discrètes et quotidiennes séquestrations.

Michel Foucault nous rappelle que le supplicié est également désigné par le terme de patient¹⁹¹. Lorsque les systèmes punitifs « enferment ou corrigent, c'est bien toujours du corps qu'il s'agit – du corps et de ses forces, de leur utilité et de leur docilité, de leur répartition et de leur soumission¹⁹² ».

Nous pensons que ce qui devient aujourd'hui l'industrie du soin, et dans ce contexte de chute, la contention, participe de fait au paradigme du plus encore de production « de soins » ; elle neutralise le corps du malade en reproduisant la même mise à mort que la technoscience sur le corps vivant pour pouvoir le maîtriser, et percer, sans jamais l'atteindre, le mystère de la vie.

8. De la mascarade

La chute d'un patient est une parenthèse, un temps de suspension, le grain de sable qui vient rompre la chaîne effrénée d'activités des soins. « ... le corps ne devient force utile que s'il est à la fois corps productif et corps assujéti¹⁹³ ». Dans ce contexte précis, la contention fait partie des mesures de sûreté pour le

¹⁹⁰. Arendt, Hannah ; Fest, Joachim, *Eichman était d'une bêtise révoltante, entretiens et lettres*, traduction de l'allemand et de l'anglais (américain), annotations et postface de Sylvie Courtine-Denamy, Fayard, 2013, p. 46 : « Je dirais ici que la perversion propre à l'action consiste dans le fait de fonctionner, et que ce fonctionnement procure un sentiment de plaisir qui est toujours présent ; mais je dirais aussi que tout ce qui est en jeu dans l'action, y compris dans le fait d'agir de concert- délibérer ensemble, parvenir à des décisions précises, endosser la responsabilité, penser ce que nous faisons-, tout cela est éliminé dans le fait de fonctionner. Nous avons ici affaire au fait de tourner purement à vide. ».

¹⁹¹. Foucault, Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 51.

¹⁹². *Idem*, p. 33.

¹⁹³. *Ibidem*, p. 34.

redressement, le dressage du corps en cabale, un corps qui au fond doit être soumis pour être docile, manipulable, analysable, puis transformé et peut-être perfectionné¹⁹⁴. Ceci renvoie à une autre coercition, qui n'est autre que celle exercée sur les soignants eux-mêmes, mais aussi sur l'institution hospitalière. Cette dernière ne pouvant qu'acquiescer à la surenchère des commandes des instances supérieures, et ceci toujours sous le cachet de « l'efficacité des soins » qui plus prosaïquement signifie faire le plus avec le moins. Pour pouvoir être financée, elle tend alors à prioriser les efforts davantage sur la quantité de l'activité que sur les résultats. Nous tous participons à cette mascarade s'il en est. Il suffit d'assister à la frénésie de notre service lorsque les « experts de l'HAS » viennent nous rendre visite. Un mois avant la visite, la tension est à son comble, les dossiers sont vérifiés et revérifiés, rien ne doit attirer la foudre de ce qui est maintenant devenu un dieu. Plus que jamais, ce jour, le couloir est libre de tout chariot, fauteuil... comme le recommande pour la sécurité, cette instance. Mais pour ce, il a fallu, la veille, détacher des soins directs aux malades, un soignant. Ainsi, notre service montre patte blanche, et s'aligne avec les bons élèves. Le nombre de soignants n'a jamais été aussi correct et à la hauteur des soins attendus que ce jour-là ; les paillasses sont propres, et aucun ustensile ne traîne. Nous planifions même la présence des soignants exemplaires pour ce jour fatidique. Ainsi, les boiteux, les bègues, les grincheux, les mal coiffés, ceux et celles qui ne sont pas présentables, sont bien souvent à leur grand soulagement, exempts de travail, ou plutôt de mise en scène.

La question des pouvoirs pourrait être mise en exergue. Des pouvoirs entrelacés, qui se chevauchent et se soutiennent mutuellement : celui des différentes instances, celui des soignants, pouvoirs se déclinant, se modulant jusqu'au corps meurtri du patient.

Cette mécanique [...] du pouvoir définit comment l'on peut avoir prise sur le corps des autres, non pas seulement pour qu'ils fassent ce qu'on désire, mais pour qu'ils opèrent

¹⁹⁴. Foucault, Michel, *Surveiller et punir*, op. cit., p. 160.

comme on veut, avec les techniques, selon la rapidité et l'efficacité qu'on détermine¹⁹⁵.

Ainsi dans ce dispositif, le corps indiscipliné du chuteur est clôturé comme peut l'exiger non pas le leitmotiv étatique « patient au centre du soin », mais bien la rentabilité au centre des préoccupations. Elle est servie par une discipline et une diligence tendues vers un point inaccessible, puisque toujours revues à la hausse, et créant des dommages collatéraux, tels que la contention du patient pour passer d'une action à une autre rapidement, très rapidement. Elle est par ailleurs l'exacerbation d'une volonté de l'avoir-en-main, autrement dit, d'une volonté d'omnipotence sur le patient « en infraction ».

9. Le chuteur « fiché »

Dans une structure hospitalière du Val-De-Marne, le chef de service de médecine et réadaptation gériatrique brave la définition¹⁹⁶ de la HAS. Il demande à son équipe de contraindre le patient pour une seule et unique raison : lorsque l'appui est contre-indiqué suite à une opération de membre inférieur. Ici, il est en effet nécessaire d'éviter une reprise de prothèse, donc la nécessité d'un retour au bloc, avec anesthésie et toutes les possibles complications découlant de l'intervention chirurgicale qui, rappelons-le, est incision des chairs et effraction du corps (infections multiples, douleurs, pertes de repères, escarres sur les différents points d'appui...). Pour ce faire, les soignants proposent des protège-hanches aux patients encourant des risques de chute. Ce sont des dispositifs discrets, en coque avec mousse intégrée qui sont appliqués latéralement sur chacune des hanches, grâce à une culotte dotée d'une poche de chaque côté. Ainsi, l'impact du choc provoqué par la chute est absorbé. Ici la chute est pensée, non pas comme un événement indésirable, qu'il faut absolument combattre, mais comme quelque

¹⁹⁵. Foucault, Michel, *Surveiller et punir, op. cit.*, p. 162.

¹⁹⁶. Rappel : l'événement indésirable associé aux soins (EIAS) p. 72 : Un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.

chose qui peut advenir. Elle n'est cependant ni attendue ni désirée mais elle est à apprivoiser. Aussi les patients désorientés ou en risque de chute restent-ils quasiment libres de leurs mouvements. À ce dispositif est associé un travail d'éducation effectué par les soignants auprès des familles et du patient : conseils sur le choix du chaussage, la manipulation d'une béquille... Dans d'autres services, les patients sont identifiés comme « chuteur », et sur le planning mural, dans la salle de soins, une pastille colorée le signale comme tel. Cette fixation se présente comme une catégorisation du patient et le réduit à ce risque de chute. Et plus encore, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle le détermine comme il le serait s'il était dans le giron d'un *effet Golem*¹⁹⁷. Dès lors, il ne reste plus que l'espace du prévu ; si monsieur T est identifié comme « chuteur », nous le regarderons comme tel. Aurait-il alors toutes les malchances de choir ? Quant au soignant, de formaliser, de codifier certains faits peut nous sécuriser mais peut aussi nous enfermer dans une mécanisation du geste et de la pensée. Cette automatiser, elle-même nous renferme, participant à notre usure psychique et physique ; elle nous bascule insidieusement en dehors du soin, nous met dans une posture d'agent de contrôle, d'agent de surveillance avant tout. Dans le champ du soin, il est récurrent de rencontrer des situations, où le patient est « fiché » ; les hospitalisations de patients ayant contracté le VIH¹⁹⁸ nous le montrent. Le nom du malade est encore signalé, non pas par une étoile, mais par une gommette, alors que les précautions à prendre pour que le soignant évite les contaminations sont les mêmes que pour les autres patients non infectés. Alors pourquoi cette signalisation, cette discrimination ? Est-ce parce que déjà, dans notre esprit, nous avons mis le malade en quarantaine et cantonné dans une sphère pour signifier qu'il n'est pas des nôtres ? Comme une poupée russe, cette distinction est divisée en d'autres distinctions : différenciation du « mauvais » et du « bon » patient, entre le patient infecté par voie sexuelle, et celui qui l'est par voie de soins,

¹⁹⁷. Rosenthal et Jacobson, 1971, Phénomène psychologique dans lequel des attentes moins élevées placées sur un individu le conduisent à une moins bonne performance. Est l'inverse de l'effet Pygmalion.

¹⁹⁸. VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

notamment par transfusion sanguine. Comme si la contamination du fait de la sexualité était abjecte et celle générée par le soin, une médaille honorifique, rappelant un peu la cicatrice du soldat, preuve de son courage sur le champ de bataille. À l'intérieur même de cette dernière répartition, d'autres catégorisations se poursuivent bien évidemment... et de ce fait, il est certain que nous ne sommes plus à la hauteur de ce pour quoi, nous nous sommes engagés, c'est-à-dire le soin attentif donné à tous ceux qui dans une période de leur vie, nous confient leur corps meurtri, sans distinction aucune.

Le patient est donc identifié « chuteur » déclaré, et toute une armada est dressée pour lui éviter la moindre chute. Bien entendu, le propos ici n'est pas d'ignorer cet aspect préventif qui évite à bien des personnes et, notamment, aux personnes âgées, de perdre leur autonomie ; pour nombre d'entre elles, elle est signe avant-coureur d'une entrée en EHPAD, alors que nous pourrions essayer d'aborder la chute dans son vif, dans son vivant, afin de reconnaître celui qui la vit.

10. Tout comme « L'Homme qui marche »

« À bien nous regarder, comment ne pas constater que nous sommes à la fois la machine de levage et le poids qu'elle soulève, indémêlablement sujets et objets de notre élévation ? »¹⁹⁹. En effet, lorsque nous nous arrêtons un instant sur notre corporéité, nous pouvons nous émerveiller. Notre corps se porte lui-même ; il est celui que je porte et celui qui porte ; mais je ne suis pas mon corps, car m'identifier à lui, serait me limiter, et je n'ai pas un corps car ce serait le réifier. Il est mien. Notre anatomie, comme le disait déjà Aristote, est informée pour se verticaliser et parce que mon corps se verticalise, il peut choir. La station debout pour Aristote, était la condition nécessaire à la libération de la pensée.

Entre tous les êtres, il est le seul qui ait une station droite, parce que sa nature et son essence sont divines. Or le privilège du plus divin des êtres est de penser et de réfléchir.

¹⁹⁹. Jenny, Laurent, *L'expérience de la chute de Montaigne à Michaux*, op. cit., p. 3.

Mais ce n'eût pas été chose facile que de penser, si la partie supérieure du corps avait été trop lourde et trop considérable. Le poids rend le mouvement bien difficile pour l'esprit et pour l'action générale des sens²⁰⁰.

Au fil du temps, l'être humain n'est plus le jeune enfant dont la faiblesse des muscles le laisse ventre au sol ; l'homme s'arrache de la terre, s'éloignant des rampants, il est le seul animal qui se tienne droit²⁰¹ ; aligné sur sa colonne vertébrale. Et si les pieds sont ainsi conformés, c'est bien parce qu'il se tient debout, et non l'inverse ; tout comme l'homme n'a de mains que parce qu'il est intelligent²⁰². Soit, mais cette vision anatomiste et autonomiste irait à l'encontre du soin attentif, du care²⁰³, car elle exclut ceux qui ne sont pas dans le modèle normal, dans le sens majoritaire.

Donc notre patiente, sautant par-dessus la barrière du lit, se trouve allongée sur le sol et attend ; au sol, elle trouve un support. Et nous pourrions penser que dans sa solitude ontologique, elle a baissé les armes devant la pesanteur contre laquelle du matin au soir nous nous liguons. Nous nous tenons debout, mais déjà tout comme « l'Homme qui marche²⁰⁴ », nous sommes en avant de nous-mêmes, nos pieds engoncés dans le protocole établi. Certes, il nous soutient, mais il encercle aussi notre pensée. L'asymétrie est ici criante, elle au sol, posée, et nous debout, nous nous y tenons²⁰⁵. Si certains parlent de la chute provoquée par le chuteur lui-même, tel un Icham El Guerrouj²⁰⁶ ; ici n'est-elle pas de notre ressort, nous soignants, qui dans une précipitation automatisée et forcenée, tendus entre le haut et le bas, avons précipité notre malade ? Cette chute ne révèle-t-elle pas une faille, non pas une faille chez notre patiente mais bien dans notre soin pervers. En effet, l'injonction de l'ultra-rapidité dans les actions à mener nous a éloignés du

²⁰⁰. Aristote, *Traité des parties des animaux et de la marche des animaux*, traduit en français par Barthélémy-Saint Hilaire, Tome second, Paris, Librairie Hachette et Cie, §6, chapitre X.

²⁰¹. *Idem*, §2, chapitre X.

²⁰². *Ibidem*, §14, chapitre X.

²⁰³. Brugère, Fabienne, *Éthique du care*, Que sais-je ? Paris, PUF, 2011, p. 64.

²⁰⁴. Sculpture d'Alberto Giacometti, 1960, Paris, Musée Picasso.

²⁰⁵. Jenny, Laurent, *L'expérience de la chute, de Montaigne à Michaux*, *op. cit.*, p. 5.

²⁰⁶. Le coureur de demi-fond, favori du 1500 mètre olympique d'Atlanta, en 1996, chute dans l'avant dernier tour et laisse son rival Noureddine Morceli s'imposer.

soin et, par conséquent, de la patiente. Cette ultra-rapidité est d'autant plus prononcée que, le soigné bien souvent de par son âge avancé, n'est plus dans une dynamique vélocité mais dans une autre temporalité, celle de la lenteur, lenteur toujours relative de notre point de vue. Est-il possible que cette tension entre deux temporalités se continue par une déchirure ?

11. Du dévalement

Dans cette tension entre deux temporalités, la déchirure dans la relation se traduit par une hyper stimulation du soignant vis-à-vis du soigné ; et pour tout geste quotidien : le repas, le lever, la mobilité, la toilette, la communication... nous prononcerons fièrement ce vocable de stimulation, le brandissant comme un joker : « il faut le stimuler » disons-nous, comme nous stimulerions un muscle. Et, sans doute, celui qui stimule l'est aussi. En effet, dans la généralité de structures, l'obligation pour le soignant d'effectuer une toilette sur une dizaine de minutes en est un exemple édifiant et qui nous fait honte. C'est ainsi que toutes les conditions pour générer de « l'événement indésirable » sont présentes. En psychiatrie, la notion d'injonction paradoxale²⁰⁷ est proposée pour exprimer ce principe de double contrainte, vécue notamment dans la schizophrénie. Dans notre situation de chute, nous pourrions aisément l'évoquer car, ici, deux contraintes sont incompatibles entre elles : celle de délivrer des soins de qualité et l'autre de les effectuer au plus vite. Est-ce bien cela l'efficience ?

Ces deux exigences deviennent plus oppressantes car elles sont verrouillées par une troisième, celle d'éviter l'événement indésirable. Dans ce contexte d'impossibilité, d'incohérence, tout devient urgence, et pour y répondre, avec désarroi, nous le faisons d'une manière minimaliste afin de maintenir le corps biologique (*körper*, en allemand), au moins en état de fonctionnement ; notre « étant s'est justement perdu dans sa quotidienneté et "vit" en dévalant de plus en

²⁰⁷. Concept proposée en 1956 dans le contexte de la présentation d'une théorie des causes de la schizophrénie sous l'impulsion de l'anthropologue Grégory Bateson.

plus loin de soi...²⁰⁸ ». Dévalement, nous dit le philosophe, avec ses « caractères essentiels de tentation, de tranquillisation, d'aliénation et d'empêchement²⁰⁹ ». Cette tentation nous conduira à poser l'action demandant le moins d'effort, surtout si cette action est adoptée habituellement par le groupe. De tranquillisation, ainsi madame M. n'aura pas à sonner pour être accompagnée aux toilettes. D'aliénation, car en coupant le lien avec nous-mêmes, nous ne pouvons répondre présent au plus vulnérable. Et enfin, d'empêchement, car en appliquant des actions qui découlent de cette aliénation, nous nous enfermons nous-mêmes dans une impasse, tout en laissant s'enfuir notre créativité. L'appréciation qu'on porte sur soi est l'estime de soi, estime révélée par le regard que nous portons sur nous-même en prenant conscience de nos capacités d'agir dans le monde. Ce mouvement de dévalement qui affecte le *Dasein* (être-pour-la-mort) est, nous dit Heidegger, bel et bien la chute (*Verfallen*), comme un *tourbillonnement*²¹⁰. Il n'est ni répréhension, ni péché ; il est la perte de conscience de son être, de ce que je suis, accaparé par l'inauthenticité du « on », de son bavardage (*Gerede*), comme un dérivateur d'authenticité dans la quotidienneté, c'est-à-dire l'éloignement des autres, et de celui dont nous devons prendre soin. Cependant cette inauthenticité du « on » peut permettre l'accès à l'authenticité. Pour exemple, la confiance de l'étranger commence par le « on » : il fait froid aujourd'hui...

12. « Le chuter »

Et lorsque dans la précipitation, nous rentrons dans la chambre, nous comprenons qu'à notre temps chronométré, s'oppose celui du patient au sol. Bien souvent le temps passé au sol se fait interminable, nous dira-t-il. En effet, tout paraît suspendu sauf le corps du patient. Le temps dans cette extension, semble contraindre le corps, déjà contraint parce qu'il est matière, et parce qu'il est abattu par les lois de la pesanteur. Avant les premiers secours, le temps est déconnecté de

²⁰⁸. Heidegger, Martin, *Être et temps*, op. cit., Chapitre 38, p. 227.

²⁰⁹. *Idem*, p. 228.

²¹⁰. *Ibidem*, p. 226.

l'espace, et du monde. La personne est à terre, mais bien avant cette séquence, pendant la chute, son corps déséquilibré, centre de lui-même, est en continuité avec l'univers. Notre naissance au monde n'est-elle pas chute du point de vue physiologique et physique ? Il ne s'agit plus ici d'un chaos mais bien de l'ordre des choses. Dans son cri de souffrance ou de gloire, parce qu'il est arrivé à franchir les différentes niches et écueils, le bébé ne vient-il pas au monde, dans un élan tout en décline ? En ce sens, la chute se révèle viscéralement vitale. Ainsi, notre condition pulse-t-elle grâce au balancement d'une chute à l'autre. De cette chute accidentelle, contingente, nous supposerons qu'elle est essentielle. Nous aimerions parler de chute endogène, celle qui relève de notre propre énigme, de notre *phusis*. Nous ne pouvons pas saisir la chute, car elle est mouvement ; nous pourrions alors dire « le chuté », et plus encore le chuter à l'infinif, comme nous dirions le mourir ou le vivre. À défaut de saisir la chute, car elle est mouvement tout comme les cascades, parfois, pour éviter tous ces fracas et tracas, nous contenons notre patient. Et fait curieux, sans respecter le protocole, c'est-à-dire, avant même l'examen clinique minutieux du médecin, qui nous permettrait de le faire sans risque, nous alitons immédiatement le patient. Nous oublions bien vite cet épisode de faiblesse, où ce corps était au sol ; nous nous évertuons à faire table rase de l'incident, comme nous tairions une maladie que nous lui aurions transmise. Avant le passage du médecin, le transfert physique, à l'encontre de la procédure établie, se fait alors le plus rapidement possible, comme s'il s'agissait là d'une urgence vitale. Mais le travail réel n'exige-t-il pas que nous réaménagions sans cesse celui qui est prescrit ; et plus encore, il est même impossible d'accéder au travail si nous respectons rigoureusement les consignes. En réalité ce manque de zèle à répondre littéralement à la prescription, est lui-même une forme d'intelligence qui permet de mobiliser notre énergie pour passer véritablement à l'action.

Certains témoignages de soignants expliquent leur précipitation à aliter leur malade dans le fait qu'il leur est pénible de laisser le patient au sol. Son inconfort, même atténué par un oreiller glissé sous la tête, et une couverture sur le corps n'apaisent en rien cette gêne, pour certains cette honte. Certains évoquent une

situation d'échec. Parfois, au lieu d'accompagner la chute du patient, en le maintenant avec rondeur, nous essayons de le tenir debout coûte que coûte au risque de nous blesser nous-même et de le blesser.

Dans notre travail quotidien, ce sentiment de gêne, de honte parfois nous donne à penser autour de situations critiques, par exemple face à la maladie incurable. Dans notre croyance en la toute-puissance médico - technique, élevé au petit lait d'une science prométhéenne, nous nous obstinons à vouloir maintenir vivant, celui qui déjà agonise et, parfois même, celui qui déjà n'est plus. Nous nous souvenons de notre première prise de poste dans un service de médecine gériatrique : il est dix heures et nous sommes dans la salle de soins ; le cardiologue transmet à l'interne les conclusions de son examen auprès de patients nécessitant son expertise. Soudain, un bruit de chute nous parvient ; il semble provenir de la chambre jouxtant la salle de soins. Nous nous regardons, comme pour chercher une validation de notre juste perception dans le regard de notre collègue. Puis nous courons vers celui qui paraît avoir besoin de notre aide. Monsieur S. 95 ans, est effondré, inconscient sur le sol des toilettes exigües. Aidée de l'interne, nous le portons et plus que de le poser, dans la précipitation, nous le basculons vivement dans son lit. Le cardiologue nous rejoignant, assis au bord de la tête de lit, et certainement parce que rompu aux techniques de soins de réanimation, nous dicte les gestes d'urgence, les jambes croisées. Et nous nous rappelons, le jeune interne noyé dans ses larmes, pratiquant le massage cardiaque, et débutante essayant à un bouche-à-bouche désemparé (bien avant les nouvelles réglementations l'interdisant pour risques infectieux). Au bout de quinze interminables minutes focalisées sur la reprise de pulsation et de respiration, le cardiologue, du haut de ses jambes toujours croisées, nous dit enfin : « vous pouvez arrêter, il était déjà mort lorsque nous sommes arrivés, mais vous saurez faire les prochaines fois ». Il n'est pas sûr que des exercices de simulation sur un mannequin n'aurait pas mieux aidé à notre perfectionnement. De plus, l'idée que ce patient dont nous nous sommes préoccupés depuis son entrée, soit mort ici et maintenant, ne s'est bien-sûr pas imposée à nous. Nous ne pouvions seulement admettre que monsieur S. était en danger, et nous étions là pour le sauver. Mais

revenons à notre patient retrouvé au sol et maintenant alité.

13. De la honte

Le patient est alors alité ; il semble qu'ici, lorsque le drap est tiré sur le corps, il y ait de cette incongruité, de cette anomalie, effacement, mise entre parenthèses.

Nous retrouvons ce sentiment de honte chez notre malade à terre. « Je ne suis pas tombée, c'est la barre qui a glissé », ou bien « C'est la canne qui a ripé », expliquent les personnes interrogées²¹¹. Comment puis-je être en même temps cause et conséquence de ma fragilité, de ma vulnérabilité, si ce n'est parce que ces qualités relèvent de mon essentialité. Chuter par soi-même, n'est-ce pas là une ineptie ? de se faire un croche-pied à soi-même, quelle absurdité. « Celui qui se tient sous la domination de la honte éprouve un sentiment de salissure, quelque chose de collant qui le retient au sol, le nez dans la poussière. Impossible pour le honteux de regarder à hauteur d'homme.²¹² ». Lorsque la chute est le fait de l'autre, elle n'en est que plus acceptable. Lorsque nous sommes bien enclins à percevoir cette chute radicale qu'est notre mortalité, elle nous est suscitée exclusivement par l'extériorité, une mortalité exogène. Elle serait alors étrangère à nous-mêmes. Mort provoquée par la maladie, par l'accident, par l'autre... Cette esquivance nous permettrait de penser la mort non seulement comme étrangère, loin de notre intérieur, mais aussi comme contingente donc incertaine, et pourquoi pas évitable.

Le Littré définit la honte comme un sentiment pénible provoqué par une faute commise, par une humiliation, par la crainte du déshonneur. La honte est liée à une mauvaise action, au regard de soi, *a priori*, même si au fond c'est du regard de l'autre en moi dont il s'agit. Ce regard, par lequel je sais que j'existe,

²¹¹, Annexes I.

²¹². Lécu, Anne, *Tu as couvert ma honte*, Paris, Les Éditions du Cerf, 2013, pp. 26-27.

intercédant et créant du jeu entre moi et moi-même, me permet par-là de prendre conscience de mon être, de ma liberté. Sauf que je pense utiliser cette liberté à mauvais escient. Ce regard nous permet de prendre conscience de notre être mais, en même temps, ce regard nous trahit parce que, de sa hauteur, il nous objective. La honte ronge l'estime de nous-même et nous fige. « *J'ai honte de moi* tel que j'apparais à autrui²¹³ », et par cet autrui, nous sommes amenés à nous juger et nous jauger comme objet. « ... La honte est par nature, reconnaissance. Je reconnais que je suis comme autrui me voit.²¹⁴ ».

La honte peut être aussi la rambarde qui peut nous aider en tant que membre d'une collectivité, et non pas en tant qu'individu vulnérable, d'être à la hauteur de notre dignité. Nous pouvons avoir honte de ceux qui n'ont pas honte. Elle peut nous prémunir de la barbarie.

Ce sentiment est une chute en lui-même, déréliction²¹⁵. Il est ici acte réflexif, et par principe, le rapport avec soi-même ne peut se faire, car celui qui se regarde ne coïncide pas, et ne veut pas coïncider avec ce même qui est regardé²¹⁶. Avoir honte de tomber, avoir honte de tomber malade. Celui qui est jaugé devient l'ombre de celui qui regarde ; ce regard empreint d'une conscience collective devient le projecteur de la conscience de celui-là. « La honte est un sentiment mimétique, c'est même le sentiment mimétique par excellence. Pour l'éprouver, il

²¹³. Sartre, Jean-Paul, *L'être et le néant* (1943), Éditions Gallimard, Collection « Tel », 1976, p. 260.

²¹⁴. *Idem*.

²¹⁵. « Imaginons que j'en sois venu, par jalousie, par intérêt, par vice, à coller mon oreille contre une porte, à regarder par le trou de la serrure. Je suis seul... Or, voici que j'ai entendu des pas dans le corridor : on me regarde. Qu'est-ce que cela veut dire ? C'est que je suis soudain atteint dans mon être et que des modifications essentielles apparaissent dans mes structures- modifications que je puis saisir et fixer conceptuellement par le cogito réflexif... C'est la honte ou la fierté qui me révèlent le regard d'autrui et moi-même au bout de ce regard, qui me font vivre, non connaître la situation de regardé. Or, la honte, nous le notions au début de ce chapitre, est honte de soi, elle est reconnaissance de ce que je suis bien cet objet qu'autrui regarde et juge. Je ne puis avoir honte que de ma liberté en tant qu'elle m'échappe pour devenir objet donné. » Sartre, Jean-Paul, *L'être et le néant*, *op. cit.*

²¹⁶. Anders, Günther, *L'obsolescence de l'homme, sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*, [1956], Éditions de l'Encyclopédie des Nuisances, Paris, 2000, Éditions Ivrea, Paris, p. 84.

faut que je me regarde par les yeux de quiconque me fait honte.²¹⁷ ». Parce qu'il est tombé, l'être n'est plus en mesure de répondre à sa dignité intrinsèque, car hors circuit, car hors rentabilité. Le sentiment de dignité, qui n'est pas la dignité même, élément central d'une vie bonne pour l'homme, est dépendant d'éléments aussi aléatoires que le regard et jugements des autres²¹⁸. Cette épreuve des regards appose un cachet d'impuissance sur le honteux. D'acte réflexif, parce que j'ai honte de moi, mais en même temps ce « je » qui a honte de « moi », s'y identifie en même temps qu'il s'en désolidarise. Cette brèche, lorsqu'elle n'est pas colmatée, rend l'acte en état²¹⁹. La honte peut alors s'installer dans l'être. Aussi, pourrions-nous prévenir ce sentiment de honte chez notre patient, non pas en le dévisageant, mais bien en l'envisageant avec délicatesse. Dans l'une des acceptions du *Littré*²²⁰, la délicatesse est la sensibilité, l'aptitude à juger finement, ce qui permet de ménager autrui, *a fortiori* celui qui est dans la peine. La délicatesse est bien de donner d'une main et avoir l'élégance de ne rien reprendre de l'autre. Elle est aussi celle qui fait qu'autrui pourrait ne pas se sentir redevable. Elle est « cet art de faire de la place à autrui, sans que la distance supprime l'affect, mais en faisant en sorte qu'elle exprime une certaine tendresse²²¹. ». Nous avons une collègue qui pour toute réponse au patient dépendant, sollicitant avec honte l'aide des soignants, disait en parodiant la publicité d'une gamme de cosmétique : « Mais vous le valez bien ! ». Elle disait ces mots avec légèreté, et cela avait pour effet de liquider sur le champ cette honte. Et pourtant, cette même gamme n'est-elle pas l'un des emblèmes de toutes les valeurs prônant l'autonomie, la puissance, la jeunesse, la beauté et l'indépendance ?

Si la honte est suscitée par le regard d'autrui, elle peut l'être aussi par le rire.

²¹⁷. Girard, René, *Le bouc émissaire*, *op. cit.*, p. 220.

²¹⁸. Delsol, Chantal, *L'autorité*, Paris, 1994, PUF, Que sais-je ? p. 104.

²¹⁹. Anders, Günther, *L'obsolescence de l'homme, sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*, *op. cit.* p. 84.

²²⁰. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 2, p. 1532-1534.

²²¹. Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération*, *op. cit.*, p. 168 cite Roland Barthès : « Comment vivre ensemble ? » cours et séminaire au Collège de France (1976-1977), Paris, Seuil/IMEC, 2002, pp. 178-179.

Et la chute est l'une des modalités qui peut le déclencher instantanément. Dans le contexte du soin, nous devons souligner que le rire vient souvent au secours des soignants. En effet, il règne une tension fomentée par l'idée de la mort, de la souffrance et de la peine, idées structurellement liées au milieu hospitalier. Par conséquent, nous dirons que le rire est un remarquable allié pour celles et ceux qui vivent dans ces lieux anxiogènes. Nous citerons les clowns professionnels du rire, sollicités pour donner quelques instants de détente et de joie aux enfants hospitalisés, aux parents mais aussi aux soignants.

Très longtemps l'hôpital se devait d'être silencieux, presque lugubre. Rire était inapproprié et même irrespectueux, jusqu'à ce qu'une compréhension soit étayée scientifiquement, et ne nous en étonnons pas, *a fortiori*, en structure de soins, argumentée médicalement : nous déduisons par exemple qu'il participe à la prise en charge de la douleur et à un moindre mal-être par la sécrétion d'endorphine qu'il engendre. Dans la réalité du soignant, de rire permet de poursuivre les soins avec plus de légèreté. Ainsi, comme nous pourrions le supposer *a priori*, le rire n'est pas étranger au service de soins, sauf dans des unités hospitalières déprimées. Nous verrons comment il peut s'infiltrer dans les interstices d'une situation de chute.

CHAPITRE VI – DU RIRE DE LA CHUTE

1. Comique grotesque

Charlie Chaplin invente des situations où le personnage principal, lui-même (Charlot) se retrouve à terre, et cela nous fait bien rire car tout comme son trop large pantalon, il nous rappelle à notre aléatoire.

Le rire est selon Charles Baudelaire, comme la douleur, un stigmate d'une chute ancienne. « Le rire et la douleur s'expriment par les organes où résident le commandement et la science du bien et du mal : les yeux et la bouche²²² ». Dans le Paradis, écrit-il, le rire, tout comme les larmes, engendrées par le malheur, n'ont pas leur place. Mais une société qui se mécanise, qui se déshumanise perdra ses larmes et aura à cœur de garder son rire. Nous le raconte le malheureux destin de cette communauté des Iks. Ici, le rire n'est pas un rire de joie, mais de cruauté : « Ce qui caractérise le comportement des Iks, c'est finalement le rire : ils s'amusent quand ils mangent ouvertement devant un frère affamé, ils s'amusent de frapper les vieillards et de les voir tomber, et ils s'amusent en général de l'infortune des autres²²³. ». Pour le poète maudit, le rire est originairement diabolique, et le proverbe dit que « le sage lui-même ne rit qu'en tremblant. ». Il renvoie à une débilité de l'esprit et jette un voile de légèreté imprudente, de discrédit sur le rieur. La chute, situation de pantomime s'inscrit dans ce que

²²². Baudelaire, Charles, « Variétés critiques, II Modernité & surnaturalisme esthétique spiritualiste, Curiosités esthétiques ; L'art romantique et autres œuvres critiques. VI. » *De l'essence du Rire et généralement du Comique dans les Arts plastiques*, Paris, (1855), 1924, p. 96.

²²³. Delsol, Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie, op. cit.*, p. 90.

Baudelaire nomme le « grotesque comique ».

Pour prendre un des exemples les plus vulgaires de la vie, qu'y a-t-il de si réjouissant dans le spectacle d'un homme qui tombe sur la glace ou le pavé, qui trébuche au bout d'un trottoir, pour que la face de son frère en Jésus-Christ se contracte d'une façon désordonnée, pour que les muscles de son visage se mettent à jouer subitement comme une horloge à midi ou un joujou à ressort ? Ce pauvre diable s'est au moins défiguré, peut-être s'est-il fracturé un membre essentiel. Cependant, le rire est parti, irrésistible et subit²²⁴.

Celui qui rit semble être porté par un orgueil inconscient qui le rassure sur la certitude que lui, ne tombera pas ; que lui, est debout, solidement campé sur ses pieds, à l'inverse de celui qui est au sol. Le rire reflète en quelque sorte notre croyance en notre propre supériorité. Mais celui qui rit est pris à son tour. C'est ici et maintenant que le rieur tombe aussi, par une perte de contrôle physiologique. Ainsi le rieur apparaît comme le pantin mécanisé, étrange miroir de celui qui initialement a chu.

Imaginons que ce même homme, étant tombé, s'assied volontairement par terre. Il est certain que cette position cette fois choisie ne déclenchera aucun rire. La maladresse, l'inadaptation devant l'obstacle, pierre, fossé, ou bien l'impuissance, la raideur par lesquelles le corps ne peut se maintenir debout, elles, peuvent susciter le rire.

Ce « comique grotesque » provoque un rire innocent, spontané, sans arrière-pensée.

2. Comique ordinaire

À l'inverse, pour Baudelaire, le « comique ordinaire ou comique significatif ²²⁵», n'est pas spontané ; il est élaboré pour produire le rire et peut par outrance devenir malveillant. Nous nous souvenons de cette patiente hospitalisée pour réadaptation après un accident vasculaire cérébral. Elle est hémiplégique et

²²⁴. Baudelaire, Charles, « Variétés critiques, II Modernité & surnaturalisme esthétique spiritualiste, Curiosités esthétiques ; L'art romantique et autres œuvres critiques. VI. » *De l'essence du Rire et généralement du Comique dans les Arts plastiques, op. cit.*, p. 99.

²²⁵. *Idem*.

souffre d'une aphasie de Broca²²⁶. L'hémisphère gauche du cerveau est atteint, et Madame J. a des difficultés pour verbaliser ses idées, bien qu'elles soient dans son esprit. Elle comprend ce que nous lui disons mais son expression verbale est diminuée : elle parle dans un rythme haché, ralenti, et use du style télégraphique. Dans cette pathologie, le sujet est conscient de son trouble. Ce qui, bien souvent, entraîne une dépression nerveuse²²⁷. Deux soignants avaient trouvé, dans le creux des visites, donc du regard extérieur, un moyen dégradant l'humanité en eux-mêmes et celle de la personne dont les soins leur étaient confiés. Ils encerclaient la patiente assise sur un fauteuil roulant, ne pouvant pas encore se mobiliser en marchant. Et ils la sollicitaient pour qu'elle parle. Mais leur intention n'était pas d'aider cette personne. En effet, ils s'adressaient à elle avec malignité. Ils choisissaient des propos pour provoquer chez la patiente l'énonciation d'une phrase sur laquelle, ils savaient pertinemment qu'elle trébuchait ; et à chaque fois, elle répondait par le terme tant attendu par les comparses, toujours le même, et que malgré elle, la patiente énonçait : « Pute-pute-pute-pute ».

« Les attitudes, gestes et mouvements du corps [sont] étaient risibles dans l'exacte mesure où ce corps nous [fait] faisait penser à une simple mécanique ²²⁸ ». Et les fous rires se déclenchaient autour de cette patiente en la prenant non seulement à témoin mais aussi comme complice, sans qu'elle-même le comprît. Ou peut-être l'acceptait-elle ainsi ? La victime réifiée devait-elle aménager ce stratagème pour gagner la clémence de ses bourreaux ? Certains avouent bien des crimes ou délits inventés pour voir cesser les sévices. Ou bien

²²⁶. Site internet, Groupe des Aphasiques d'île de France, consulté le 29 septembre 2018 : Aphasie révélée en 1861, par Paul Broca, chirurgien français : l'atteinte de l'aire de Broca, située sur l'hémisphère gauche du cerveau chez un droitier, ou dans l'hémisphère droit chez un gaucher, entraîne une incapacité de verbaliser ses idées. La compréhension est cependant épargnée. Le sujet adopte alors un vocabulaire réduit à quelques mots...

²²⁷. Jacquet-Andrieu, Armelle (2014). *Quand la langue maternelle devient langue étrangère. Pour une éthique du vivre en situation de handicap ouverte aux Sciences humaines et sociales en cas d'aphasie*, sous la dir. de Ch. Hervé, Université Paris Descartes, 3 vol. (Texte, 1 vol. Ann. et 1 vol. de publications, disponible auprès de l'auteur).

²²⁸. Bergson, Henri, *Le rire, essai sur la signification du comique*, Paris, Édition du Club France Loisirs, 1940, p. 38.

par un mécanisme défensif, s'agissait-il d'une identification inconsciente avec le persécuteur ? Et de leur côté, les persécutrices n'étaient-elles pas elles-mêmes inquiètes par cette infirmité ? L'infirmité de l'autre nous menace, car elle nous rappelle aussi à notre fragilité²²⁹.

Le comique « significatif » était d'autant plus prononcé que nous devinions chez cette patiente de quatre-vingts ans, une éducation bourgeoise, avec un langage soutenu et châtié. L'objectif d'un bourreau dans un système tortionnaire est de « déculter » sa victime ; et c'est à travers cette déculturation que le groupe d'appartenance sociale, culturelle, religieuse... de la personne persécutée est visée. À travers ce supplice, c'est tout le collectif qui est ciblé. Ce qui aggrave la situation est que les repères du patient sont bousculés, désorganisés. Car ceux qui, en réalité, doivent veiller à son bien-être²³⁰, donc les soignants, deviennent une cause de sa souffrance, de sa peur. Ils sont dans la domination et

profitent [profite] de leur [son] autorité ou de la vulnérabilité de l'autre pour écraser ce dernier, car ils ont [elle a] besoin d'affirmer leur [sa] supériorité, de jouir de leur [sa] puissance, que ce désir soit conscient ou inconscient. Celui qui est dominé n'est qu'un moyen pour cette fin²³¹.

La domination prépare alors un terreau pour l'exploitation. Elle sévit aussi entre soignants. Quelquefois certaines épreuves déshumanisantes sont implicitement soumises au « bleu » pour évaluer sa « résistance », sa « virilité », sa « force » ; il lui est alors demandé de participer à cette mise en scène, cette mascarade, pour pouvoir faire partie d'une équipe. « Nul n'est méchant volontairement » disait

²²⁹. Girard, René, *Le bouc émissaire*, *op. cit.*, p. 35 : « Si l'infirmité, même accidentelle, inquiète, c'est parce qu'elle donne une impression de dynamisme déstabilisant. Elle paraît menacer le système en tant que tel. On cherche à la circonscrire mais on ne peut pas ; elle affole autour d'elle les différences qui deviennent *monstrueuses*, elles se précipitent, se télescopent, se mélangent, à la limite menacent de s'abolir. La différence hors système terrifie parce qu'elle suggère la vérité du système, sa relativité, sa fragilité, sa mortalité. »

²³⁰. Circulaire n°2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables : « Lorsque les violences sont commises par une personne chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ces fonctions ou de sa mission, la loi pénale retient alors une nouvelle circonstance aggravante. »

²³¹. Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération*, *op. cit.*, p. 121.

Platon. « Dis-moi, à ton avis, les hommes souhaitent-ils faire chaque action qu'ils font ? Ou bien, ce qu'ils veulent, n'est-ce pas plutôt le but qu'ils poursuivent en faisant telle ou telle chose²³² ? ». Ici nos soignantes seraient-elles victimes elles-mêmes de leur ignorance et de leur servitude, c'est-à-dire de leur passion, dans le sens d'émotions ? Pour Platon, si l'homme sait correctement viser le bien, s'il discerne avec lucidité le bien du mal, sa conduite sera droite. Le bien ici était-il de se distraire ? de rechercher une pause-détente pour pouvoir poursuivre son travail ? Alors n'y a-t-il pas confusion entre le plaisir immédiat et le bien ? Grâce à leur conscience, ne leur appartient-il pas de n'être ni dans l'ignorance ni dans la servitude d'elles-mêmes ? Aristote nous dit :

En menant une existence relâchée, les hommes sont personnellement responsables d'être devenus eux-mêmes relâchés, ou d'être devenus injustes ou intempérants, dans le premier cas en agissant avec perfidie et dans le second en passant leur vie à boire ou à commettre des excès analogues ; en effet c'est par l'exercice des actions particulières qu'ils acquièrent un caractère du même genre qu'elles²³³.

Il ne s'agit pas ici de prêcher la morale dans la généralité de notre existence mais de questionner nos attitudes dans un contexte de soins, où une personne affaiblie se confie à nous. Ici, nos soignants à force d'exercer l'injustice et la méchanceté à l'égard d'autrui tendent à devenir injustes et méchants jusqu'au point où ils en font une seconde nature. Mais il n'empêche que dans une telle atmosphère ni les uns ni les autres ne se sentent en sécurité, car demain à qui ce sera le tour ? Ces situations trop fréquentes réinterrogent non seulement les qualités requises pour soigner, mais aussi la vocation, vocable bien démodé.

3. Le rire a besoin d'autrui

Le rire, du latin *ridere*, signifie manifester un mouvement de gaieté par un mouvement des lèvres, de la bouche, accompagné de sons rapidement égrenés. Cela peut être agir, parler, faire quelque chose par jeu, sans intention sérieuse²³⁴. Il

²³². Platon, *Gorgias*, trad. Fr. Monique Canto, Paris, Garnier-Flammarion, 1987, pp. 168-171.

²³³. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, p. 142.

²³⁴. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 937.

est un réflexe déclenché par un état émotionnel, souvent de gaieté, se propageant comme une onde dans les muscles du visage, du larynx, des muscles respiratoires, abdominaux, diaphragmatiques. Il a besoin de la présence de l'autre, si ce n'est de son souvenir. Même celui qui, pris d'un rire irrésistible, embarrassé, seul, assis sur le strapontin du métro ne rit pas en solitude car il reste en lien avec autrui, au moins en souvenance. En effet, le rire a aussi cette particularité de s'infiltrer là où il est le moins attendu. Dans ce même wagon, il impacte les autres voyageurs, et réciproquement ; « Le rire aurait besoin d'un écho, comme le tonnerre roulant et se fracassant sur les parois rocheuses des montagnes²³⁵. ». Il est, dit-on, contagieux et cette contagiosité est saisie, par exemple, dans nombre de séries télévisées qui se veulent humoristiques. Elles adoptent pour stimuler le rire du spectateur, des simulations de rire programmées à des moments précis du film. (L'hypothèse des neurones miroirs est amorcée depuis quelques années sur l'empathie et certains actes qui lui sont liés, comme peuvent l'être le rire, mais aussi le bâillement...²³⁶).

4. Émotion battue en brèche

Dans l'institution hospitalière, la chute du patient ne fait pas rire sauf lorsque celle-ci est particulière, et n'a, *a priori*, aucune conséquence. En voici un aperçu à travers le témoignage de Fadila aide-soignante : « Nous avons dans notre service deux patients, chacun dans une chambre seule, en vis-à-vis. Nous passions avec la collègue pour le tour de dix-sept heures, et la première personne que je vois tomber était celle de la chambre de gauche ; je tourne la tête et je vois par terre le patient dans la chambre de droite. Et là, avec la collègue, nous nous sommes regardées éberluées ; cette dernière voyait la même scène que moi. Les patientes de leur côté n'avaient pas vue sur leur voisin d'en face. Elles étaient au sol, sans se rendre compte de la chute de l'autre. L'une était sous l'adaptable, avec la jambe sur le fauteuil et la tête contre le mur ; l'autre était assise au sol, la main

²³⁵. Bergson, Henri, *Le rire, essai sur la signification du comique*, op. cit., p. 25.

²³⁶. Tisseron, Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, Paris, Albin Michel, 2010.

sur le radiateur et l'autre main sur son lit. Dès que nous avons compris qu'ils n'étaient pas en danger, nous avons éclaté de rire. »

« Deux visages semblables, dont aucun ne fait rire en particulier, font rire ensemble par leur ressemblance²³⁷. » La vie est unique, elle ne reproduit pas deux fois la même chose, les mêmes attitudes, et lorsque c'est le cas, elle nous renvoie à une mécanique des êtres, à une reproduction industrielle. Le comique a battu en brèche l'inquiétude, l'angoisse pour faire surgir le rire, émotion positive, « C'est ce passage d'une angoisse momentanée à une gaieté de courte durée qu'on nomme le comique²³⁸. » Les deux complices rient. La surprise pourrait expliquer cette réaction, mais bien des surprises ne font pas rire. Ici, la sensibilité des soignantes est muette, seule leur intelligence pure est en exercice. Elles ont analysé par l'observation que leurs patientes ne sont pas en danger. Le rire fuse lorsqu'elles sont rassurées, détendues. Il n'en serait pas de même si les conséquences de leurs patientes eussent été graves.

Un autre témoignage peut nous accompagner dans cette réflexion sur le rire. Madame B. patiente de frêle corpulence nous raconte son aventure : « deux soignantes (l'une d'elle, que nous nommerons A. est en surpoids) ont essayé de me mettre au lit hier. Au moment de vriller sur moi-même, je perds l'équilibre et A. aussi ; l'autre soignante a heureusement poussé A. sur le lit, car elle me tombait dessus avec son gros derrière, elle lui tenait en même temps le bras pour amortir le choc. J'ai eu peur, je ris mais hier je vous assure je ne riais pas ; la seule chose que je voyais était son cul énorme... » ; en racontant, la patiente riait à gorge déployée. Si l'homme est « un animal qui peut rire », il est aussi celui dont on peut rire, comme nous rions de ce qui nous le rappelle²³⁹, même vaguement. Pour cela, notre intelligence devra présider en excluant toute sensibilité²⁴⁰. Car en

²³⁷. Pascal, *Pensées*, La Flèche, Le Livre de Poche, 2000/1671, p. 58.

²³⁸. Nietzsche, Friedrich, *Humain, trop humain*, Paris, Hachette, 1988/1878, p. 141.

²³⁹. Bergson, Henri, *Le rire, essai sur la signification du comique*, *op. cit.*, p. 24.

²⁴⁰. Bergson, Henri, *Le rire, essai sur la signification du comique*, *op. cit.*, p. 27.

effet, ce qui nous émeut devra être isolé pour que le rire jaillisse. Bergson prendra pour expliciter ce propos, l'exemple du danseur qui paraît ridicule dès que nous faisons en sorte de ne plus entendre la musique qui l'accompagne.

5. Anesthésie du comique

Le comique anesthésie momentanément le cœur²⁴¹ et peut s'insérer dans des situations dramatiques : nous nous souvenons ainsi du fou rire, rire irrépressible de notre collègue, lors de la toilette mortuaire d'un patient que nous avons accompagné durant quelques semaines. Nous avons dû lui demander de quitter la chambre, pour que nous puissions poursuivre le soin du défunt. Pourtant, soignante dans l'âme, elle était habituellement attentionnée et respectueuse. D'une part au fond, nous étions effrayée d'être prise nous-même d'un fou rire. D'autre part, de devoir préparer monsieur R. pour la visite de ses proches nous autorisait à exclure de la pièce et sans gêne, notre collègue. Elle nous expliqua ensuite que son fou rire avait été provoqué par le visage impassible, de monsieur R. Sa rigidité donnait l'impression de vivre, malgré sa raideur. L'aspect qui suscitait l'hilarité était que monsieur R. apparaissait davantage comme un être vivant qui ressemble à un mort, que comme un être mort qui ressemblerait à un vivant. Le comique se situe dans le fait que « [...] l'ensemble de la personne, où chaque membre a été raidi en pièce mécanique, continue à nous donner l'impression d'un être qui vit... celle d'une personne et celle d'une mécanique, sont plus exactement insérées l'une dans l'autre²⁴² ». Mais lorsque nous sommes tenaillés par le rire, notre analyse ne peut se déployer car elle est elle-même happée par ce rire. Ainsi, notre attention se trouve hameçonnée à la corporéité. Mais, dans cet éclat ambivalent, le rire en soulignant l'imperfection de cette même corporéité, en devient par conséquent la correction²⁴³.

²⁴¹. *Idem*, p. 25.

²⁴². *Ibidem*, p. 39.

²⁴³. Bergson, Henri, *Le rire, essai sur la signification du comique*, *op. cit.*, p. 70.

6. Raideur mécanique et grâce

« Et c'est pourquoi un visage est d'autant plus comique qu'il nous suggère mieux l'idée de quelque action simple, mécanique, où la personnalité serait absorbée à tout jamais »²⁴⁴. Bergson explique le comique par une certaine rigidité qu'il appelle *raideur de mécanique*, remplaçant la flexibilité, la souplesse du corps vivant²⁴⁵ ; cette raideur mécanique était à son acmé chez notre patient mort depuis déjà plus d'une heure.

« Il n'y a pas de comique en dehors de ce qui est proprement *humain*. Un paysage pourra être beau, gracieux, sublime, insignifiant ou laid ; il ne sera jamais risible »²⁴⁶.

Quelquefois l'homme qui tombe, lorsque sa souffrance ne l'immerge pas, rit de sa propre chute, comme une capacité, un reste de force qui l'autorise à se dédoubler de son moi, pour se voir. Ainsi, cette grâce, grâce de rire de soi, viendra contrarier le comique. Bergson les oppose volontiers

[...] dans toute forme humaine, elle (notre imagination) aperçoit l'effort d'une âme qui façonne la matière, âme infiniment souple, éternellement mobile, soustraite à la pesanteur parce que ce n'est pas la terre qui l'attire. De sa légèreté ailée cette âme communique quelque chose au corps qu'elle anime : l'immatérialité qui passe ainsi dans la matière est ce qu'on appelle la grâce²⁴⁷.

En effet, la grâce (*gratia*) est habitée par l'âme, une âme agile, légère, et mobile, qui contredit la mécanisation. Elle est intérieure à la vie. *Gratus* signifie agréable, charmant, cher, reconnaissant. La grâce est dans la théologie chrétienne un don surnaturel que Dieu accorde en vue d'un salut²⁴⁸. Elle est remerciements. Elle est aussi le charme particulier ; dans la mythologie grecque, elle est personnifiée par trois déesses : les trois Grâces : Aglaé, Thalie et Euphrosyne. *Gratia* désigne une

²⁴⁴. *Idem*, p. 36.

²⁴⁵. *Ibidem*, p. 28.

²⁴⁶. *Ibidem*, p. 24.

²⁴⁷. *Ibidem*, p. 37.

²⁴⁸. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 520.

manière d'être agréable qu'on manifeste à autrui ou qu'autrui vous manifeste²⁴⁹.
Mais elle est aussi pardon²⁵⁰.

²⁴⁹. Cassin, Barbara (sous la direction de), *Vocabulaire Européen des Philosophies*, op. cit., p. 525.

²⁵⁰. Serres, Michel, *Les cinq sens*, Paris, Éditions Grasset et Fasquelle, 1985, p. 232.

CHAPITRE VII – ET CETTE ATTENTE

1. Trente-six heures plus tard

« Ma mère, il lui est arrivé de passer trente-six heures dans son salon, sur son tapis, suite à une chute de son canapé, et elle en était retournée elle-même. Elle explique qu'elle ne s'est pas cognée, elle s'est levée après le film télévisé à dix heures du soir, et elle dit "pouf, je me suis effondrée, je ne me suis pas cognée, j'avais très très mal et je n'ai appelé personne, j'appelais, personne ne m'entendait". Elle a été retrouvée par son aide-ménagère trente-six heures après sa chute. Donc elle n'avait pas pris son traitement pour le cœur, elle n'avait pas bu, elle n'avait pas mangé. Elle avait uriné sous elle. C'était la totale, et trente-six heures après, comme elle était tombée, je ne sais pas si l'aide-ménagère avait les clefs ou pas, elle a appelé les pompiers parce qu'ils ne pouvaient pas rentrer, je ne sais pas pourquoi, ils ont cassé les carreaux de la cuisine, c'était en plein hiver, et ma mère a été hospitalisée et pour donner de la couleur à ce drame qu'elle vivait personnellement, elle dit que les pompiers étaient arrivés ; ils étaient avec un papier d'aluminium, et ils m'ont mis, ils m'ont enveloppée comme un rôti qu'on va mettre au four. Ils ont fait un paquet. Voilà donc quand ma mère, ma mère est une

femme de tête qui ne s'est jamais plainte, qui toujours s'est occupée des autres et qui s'occupait des autres surtout pour ne pas qu'on s'occupe d'elle ; et elle me dit "Marguerite, tu ne peux pas imaginer comme j'ai eu honte d'être tombée, et de ne plus pouvoir réfléchir. J'étais comme un hanneton sur le dos et j'étais incapable de réagir. J'ai appelé. Personne n'a répondu et j'ai attendu pendant des heures et des heures, j'ai cru que j'allais mourir." »

[...] l'image de la mort surgit en nous, de la mort suspendue, dans toute sa puissance destructive, au-dessus de nous et se rapprochant à grands pas ; l'angoisse, la terreur nous étreignent ; impuissants, nous attendons l'anéantissement fatal, et tout proche, auquel nous sommes voués sans merci²⁵¹.

Et c'est bien en cela que la chute peut modifier profondément l'être de l'être.

Ce témoignage nous relate l'attente, une attente inquiète. Dire que madame V. s'apprête à attendre serait faux, car cela voudrait dire qu'elle ne serait pas encore dans l'attente ; elle est déjà, réellement, au cœur de l'attente.

2. De l'attente et de son impatience

Attendre (du latin *attendere*, de *ad*, à, et *tendere*, tendre : mot à mot, tendre vers, prêter attention²⁵²) est : demeurer, rester quelque part jusqu'à ce qu'arrive quelqu'un, quelque chose. Il signifie également compter, prévoir, espérer. Compter sur quelque chose ou quelqu'un avec impatience²⁵³. Madame V., mère de Marguerite, dans l'attente, s'exclut du monde, elle est étrangère à tout le reste, et à elle-même. D'ailleurs ne se voit-elle pas comme un hanneton ? Cela n'est pas sans rappeler la métamorphose de Grégor Samsara en insecte, dans le célèbre roman de Kafka²⁵⁴. Parce que l'attente est vécue corporellement ; elle devient immobilité. Elle est une suspension d'activité. En attendant, le temps passe lentement, tellement lentement. « Car c'est alors une même chose de sentir que

²⁵¹. Minkowski, Eugène, *Le temps vécu*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1995, p. 80.

²⁵². Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 1, pp. 684-687.

²⁵³. *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 121.

²⁵⁴. Kafka, Franz, *La métamorphose et autres récits*, Paris, Édition de Claude David, Folio classique, 1990.

plus rien ne se passe et de sentir passer le temps »²⁵⁵.

Elle est dans une attente imposée. L'attente vise à supprimer l'attente et voir le retour du même, de la même vie ; le fil de la vie se déroulerait comme avant la chute. Madame V. sait qui elle attend, l'aide-ménagère, un voisin, quelqu'un qui viendrait lui porter secours. Elle est tendue vers la silhouette espérée, et si elle était debout elle trépignerait d'impatience, elle ferait les cent pas. L'attente nous arrache du présent.

Toute tendue vers ce problématique au-delà, à l'affût du plus furtif indice, elle guette, à la lisière de l'instant, le premier frémissement de ce qui va venir. Le présent n'est alors pour elle que le fond indifférencié sur lequel *elle attend* que se profile la forme de l'à-venir²⁵⁶. »

Il semble être là, ici et maintenant, mais déjà il n'est plus. L'attente se fait durée, elle a toujours un pas dans l'avenir, et c'est ainsi que lorsqu'elle obtient ce qu'elle attendait, elle est toujours déçue : « ce n'est que ça ! ». L'attente est impatiente et cette impatience semble avoir saturé notre horizon. Jamais ce que nous nous représentons de l'extérieur est à la mesure de ce qui nous est intérieur, c'est-à-dire l'attente. Elle est bien intrinsèque à toute existence, jusqu'à l'attente ultime et aboutie de la mort.

3. « Je ne vois pas le temps passer »

L'attente est pénible en son essence ; dans une chambre d'hôpital, elle est omniprésente, et le patient de dire « je ne vois pas le temps passer ». Le patient « ne voit pas le temps passer » : à contre-courant de sa signification habituelle, ici. En effet pour le patient, le temps se fige. Elle peut devenir une réelle souffrance pour le malade, lorsque le soignant submergé par les nombreuses sollicitations ne peut lui répondre dans un délai raisonnable. Une explication de l'organisation, ainsi qu'une heure précise donnée au patient sont les bienvenues pour rendre moins massive cette attente. Elle est souvent engendrée par nos attitudes. Pour

²⁵⁵. Grimaldi, Nicolas, *Ontologie du temps l'attente et la rupture*, Paris, PUF, 1993, p. 36.

²⁵⁶. *Idem*, p. 38.

effectuer nos actions le plus rapidement possible, le malade alité devra nous demander expressément sa carafe d'eau pour la lui rapprocher. Beaucoup d'entre eux ne voudront « pas nous faire perdre » notre temps. Aussi, lorsque nous nous trouvons dans sa chambre, pourrons-nous observer attentivement et nous assurer que tout soit à sa portée : bassin, téléphone, carafe d'eau et verre, télécommande... Ce temps d'observation et de réajustement n'est pas perte de temps, ni pour le patient ni pour notre collègue. Nous pensons que cette attention est éthique. Elle a comme vertu de ne pas ajouter de l'inquiétude à l'inquiétude pour le patient dont la satisfaction de quelques besoins dépend de nous. Elle évite également à notre collègue de pallier sans cesse ces manquements et, par conséquent, allège ses piétinements.

Lorsque cette attente est volontairement intégrée dans la dynamique des soins, elle peut alors devenir une arme d'une redoutable perversité pour « mettre au pas le mauvais patient ». Combien de stagiaires se voient rappelés à l'ordre pour ne pas répondre immédiatement à la sonnette « il va s'habituer ! ... » ou bien « Comment fera-t-on lorsque tu auras terminé ton stage ? ».

Ce qui s'oppose à l'activité n'est pas la passivité mais bien l'attente, nous dit Eugène Minkowski²⁵⁷. Dans cette attente, madame V. ne va pas vers l'avenir, mais à l'inverse, l'avenir arrive vers elle. L'attente l'englobe dans son entièreté, et la fige. « On dirait que tout le devenir concentré en dehors de l'individu, fonce, en une masse puissante et hostile, sur lui en cherchant à l'anéantir...²⁵⁸».

4. Patience de l'espoir

L'espoir se présenterait comme le contraire de l'attente, car il nous dénuide de toute certitude, de toute détermination de l'objet attendu. Mais dans le même temps, cette incertitude invite à la patience et à une vigilance portée au moindre

²⁵⁷. Minkowski, Eugène, *Le temps vécu*, op. cit., p. 79.

²⁵⁸. *Idem*, p. 80.

signe, ce qu'exprime madame V. La mère de Marguerite nourrit l' espoir d'être secourue avant que de mourir. Elle n'est pas sans crainte car ce qu'elle attend, l'arrivée non tardive des secours, n'est pas certaine.

L'attente se fait durée. Alors que l'espoir dépasse l'objet attendu. Il y a en lui de l'indétermination. Dans cet espoir, elle reste vigilante, elle veille. Elle cherche des signes d'une présence. L'espoir, lui est le renouveau ; il est toujours plus que ce que l'on attendait. Il ne vise pas la suppression de l'espoir, il en est sa nourriture propre.

5. Attente et espoir

L'attente peut aller de pair avec l'espoir. Madame V. attend, immobilisée sur le dos, impuissante, perdant toute maîtrise jusqu'à se souiller de ses propres urines. Limitée par un corps, elle espère, et selon ses propos, malgré son incapacité à réfléchir. Le contexte de la maladie nous rappelle ces deux états omniprésents : attente anxieuse des résultats d'examen, l'espoir d'un diagnostic clément.

L'Odyssée²⁵⁹ nous raconte cette accointance attente-espoir : Pénélope attend dans l'espoir le retour d'Ulysse, parti pour un long voyage de dix années. Pénélope sait qui elle attend, mais elle ne sait pas si son homme reviendra un jour et quand reviendra-t-il ? Aussi est-elle dans une patiente incertitude ; elle espère, et ne subit pas son attente, elle tisse et détisse son travail, elle attend sans être passive. Madame V. focalisée sur le moindre signe de l'éventuel secours, peut se méprendre sur les bruits entendus... « il n'empêche que cette attente prolongée, du fait même qu'elle dure, tendue vers l'avenir, se rapproche de l'activité »²⁶⁰, mais à l'inverse de l'activité, elle ne va pas vers l'avenir, mais voit l'avenir venir vers elle.

²⁵⁹. Homère, *L'Odyssée*, traduit, introduction, notes et index par Médéric Dufour et Jeanne Raison, Paris, Flammarion, 1965, pp. 126-127.

²⁶⁰. Minkowski, Eugène, *Le temps vécu*, *op. cit.*, p. 76.

CHAPITRE VIII – CHUTE ANNONCIATRICE

1. La chute symptôme

« Ma mère a vécu quatre années de dépendance sous l'influence de la maladie d'Alzheimer, au domicile de ma sœur. J'avais été frappé par l'entrée de ma mère dans ce syndrome de glissement suite à une chute, ou plutôt à une sorte d'affaissement, lorsque ses jambes se sont dérobées sous le reste de son corps. À partir de ce moment, ce fut l'entrée dans la dernière phase de la fin de sa vie, marquée surtout par un refus obstiné de toute nourriture. C'était l'entrée comme dans un effondrement généralisé. »

De nature annonciatrice²⁶¹, la chute est aussi une menace car nous ne savons pas encore de quel malheur sous-jacent, elle se fait le symptôme. Elle peut en effet se faire sournoise, car en apparence inconséquente, elle peut surprendre par les séquelles qu'elle laisse. Si parfois la chute « de mode mécanique » est annotée pour renseigner le constat médical, cet effondrement du corps pourrait-il renvoyer à un affaissement, un abattement intérieur, une chute interne ? À travers la chute, il y aurait alors comme une symbolisation concrète, vivante, dynamique, corporelle d'une souffrance morale qui ne peut être exprimée, face à des pertes

²⁶¹. Birraux, Nelly ; Chardon, Lauranne ; Naz, Françoise, Servillat, Isabelle ; « Dossier Corps et sujet âgé, chute du sujet âgé : donner du sens », *op. cit.*

insupportables²⁶².

2. La chute : un appel

« Je m’occupais de madame L., une patiente de 97 ans. Elle a été hospitalisée pour fracture du col du fémur. Elle ne cessait de glisser de son fauteuil. À chacun de mes passages dans le couloir, je vérifie qu’elle ne soit par terre. Ce jour, je l’ai relevée au moins trois fois. Je lui demande alors pour quelles raisons elle se laisse glisser comme ça. Et elle de me répondre : “Ah oui, mais vous êtes marrante vous ! Vous n’êtes pas là ; il n’y a jamais personne, et c’est normal que je me laisse glisser comme ça ; s’il y avait quelqu’un je ne serais pas en train de glisser”. Dans la sphère politique, l’isolement entre les hommes est l’un des fondements de toute tyrannie, car il détruit tout pouvoir et faculté d’agir dans une entreprise commune. Il ne s’agit pas de cet isolement nécessaire à la pensée, mais celui qui détruit le pouvoir d’ajouter quelque chose à l’œuvre commune²⁶³. Cet isolement n’est pas la désolation mais il peut en être la condition²⁶⁴. La désolation, à l’inverse de la solitude n’apparaît jamais mieux qu’en compagnie d’autrui.

L’homme solitaire, au contraire, est seul et peut par conséquent « être ensemble avec lui-même », puisque les hommes possèdent cette faculté de « se parler à eux-mêmes ». Dans la solitude, en d’autres termes, je suis à « moi-même », en compagnie de mon moi, et donc deux-en-un, tandis que dans la désolation je suis en vérité un, déserté par tous les autres²⁶⁵.

Nous pouvons émettre l’idée que madame L. n’est en rien dans la solitude, où elle est à elle-même, mais qu’*a contrario*, elle a besoin d’autrui pour se retrouver. Ainsi, comme elle le dit, elle glisse pour tomber ; la désolation est quand l’être est déraciné, privé de sol. Est-il possible qu’en se laissant glisser sur le sol, le corps de madame L. appelle pour être délivrée de sa désolation. Dans le même temps, la

²⁶². Birraux, Nelly ; Chardon, Lauranne ; Naz, Françoise, Servillat, Isabelle ; « Dossier Corps et sujet âgé, chute du sujet âgé : donner du sens », *op. cit.*

²⁶³. Arendt, Hannah, *Le système totalitaire, Les origines du totalitarisme*, Paris, Éditions du Seuil, 1972, p. 305.

²⁶⁴. *Idem*, p. 307.

²⁶⁵. *Ibidem*, p. 308.

chute du corps serait alors comme une métaphore physique, charnelle de cet esseulement subit. Dans cette chute, madame L. s'arrache en quelque sorte d'une désubjectivation ; "Mais vous pourriez vous casser quelque chose. " Ce à quoi elle répondra : "qu'est-ce que cela peut faire ? Je n'ai plus de raison de vivre." Ce pourrait être là son arme pour échapper à son isolement. La chute devient alors un appel, comme le suicidé qui se rate. Une patiente dira à la soignante venue la redresser sur son fauteuil : "Ne vous inquiétez pas, je ne me suis pas fait mal, j'ai juste glissé ; ne vous inquiétez pas, ce n'est pas la peine d'appeler le médecin, j'ai juste glissé, je n'ai mal nulle part ; eh bien restez avec moi, hein. Restez avec moi, discutez un peu, vous êtes toujours pressés..."

3. La chute-sortie

La chute sortie, est la chute suscitée par ce qui est nommé le syndrome de sortie. Le patient a passé quelques semaines, ou même mois dans une chambre d'hôpital, il a pu gagner en autonomie fonctionnelle, mais il appréhende au plus haut point son retour à domicile. Bien souvent un à deux jours après l'annonce de sa sortie prochaine, certainement déstabilisé par un retour au domicile pour lequel ses capacités adaptatives ne peuvent répondre, nous le retrouvons à terre.

4. La chute salutaire

Est celle qui rappelle à la réalité de ses limites. « Madame N. marche très bien avec son rollator (déambulateur). Elle est tombée hier dans l'après-midi, je n'étais pas là. Je commençais ma vacation à six heures quarante-cinq. J'ai lu le compte-rendu de la chute, et il était noté qu'elle a voulu juste ramasser quelque chose par terre. Elle marche très bien avec le rollator, mais elle n'a pas assez d'équilibre pour se baisser. Madame N. s'est baissée sans réfléchir. Bien qu'elle ait fait beaucoup de progrès, elle ne peut plus marcher sans s'agripper à quelque chose ou à quelqu'un, et elle n'a pas encore intégré ses nouvelles limites. ». Ici, la chute serait salutaire car elle signifie à la patiente qu'elle n'a pas suffisamment d'équilibre, donc de possibilités d'accéder à ce même équilibre. « Il correspond en fait à un déséquilibre entre les exigences et les contraintes du milieu, ressenties comme minimales, et les capacités de réaction de l'organisme qui paraissent

illimitées²⁶⁶ ». Il en est ainsi pour la maladie²⁶⁷. La chute salutaire vient signifier matériellement une fragilité fonctionnelle, laquelle permettrait à la patiente d'accepter des décisions, qui bien avant cette démonstration, auraient été refusées, telles que l'aide d'un tiers, souvent appréhendé comme le recours à une personne étrangère s'introduisant dans son intimité, ou bien même l'entrée dans une institution.

²⁶⁶. Herzlich, Claudine, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996, p. 86.

²⁶⁷. Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, p. 13.

CHAPITRE IX – LE RE-LEVER

1. Une certaine volupté

Les soignants semblent éprouver une certaine volupté, lorsqu'ils aident le patient à se relever. Cette volupté prend son ressort dans le fait de se sentir pleinement utile et responsable d'autrui ; le même ressort de celui qui empêche une personne de tomber est le même que celui qui gonfle l'estime de nous-même lorsque nous prodiguons un soin parachevé, dans les règles de l'art. Cette satisfaction d'ordre moral peut également se nourrir d'un secret sentiment de se voir au fond, celui qui relève et non pas celui qui est relevé²⁶⁸. Oui, nous éprouvons une certaine volupté, mais au fur et à mesure, la répétition, comme érosion, peut user notre élan. Les propos recueillis auprès d'une soignante l'évoquent : « Moi, je me suis souvent fait mal au dos, en levant le patient ; sur le coup je ne sens rien, c'est après lorsque j'ai terminé ma vacation, que je ne suis plus dans le feu de l'action ; soit c'est une accumulation, soit la position n'était pas bonne, soit la personne aidée n'était pas portée comme il fallait. Mais je me suis aussi retrouvée avec des collègues qui ne mettaient pas toute leur force, et je

²⁶⁸. Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie, op. cit.*, p. 137, note de bas de page n°24.

trouve cela malhonnête. ».

2. Chute comme grain de sable

Il arrive trop souvent que le soignant tombe à son tour, et pour relever le malade, le bouscule de nouveau. « Je vous ai dit maintes fois d'appeler » ou bien « Qu'est-ce que vous avez fait là ? Est-ce que vous pensez qu'on n'a que ça à faire ? » ; « La prochaine fois, on vous attache... quel poids mort ! ». À ces invectives, le patient répond souvent qu'il ne veut pas déranger : « Excusez-moi, je vous donne trop de travail. » Et alors, le soignant, de planter un croc dans cette excuse : « Oui, vous ne voulez pas nous déranger, et vous pensez que c'est mieux maintenant, d'être obligée de tout arrêter pour vous relever ? » Ainsi de relever le patient n'est pas considéré comme un soin, mais à l'inverse empêcherait l'activité des soins. La chute est ici le grain de sable qui contrarie la « machinerie » des soins. Notre exacerbation enlaidit notre relation au patient, et fait avorter la confiance du malade en professionnel de santé. L'âpreté dans la relation peut être quotidienne et elle devient récurrente lorsque mille et une sollicitations nous mobilisent, ou lorsque les soins du *cure*, mesurables, monopolisent le champ du soin, au dépend des soins du *care*. En effet, le traitement de l'organe malade tend à occulter les autres dimensions du soin. Par conséquent, nous comprenons que dans ce contexte d'efficacité, l'expérience physique et psychique de la chute soit méprisée, tout comme la maladie, dont trop fréquemment, la seule dimension biologique est prise en compte, alors que le malade la vit souvent comme un malheur.

3. Patient bien-à-la-main

Nous ne pouvons pas saisir la chute, car elle est mouvement, nous serions tentée de dire « le chu », et plus encore « le chuter » à l'infinitif, comme nous énoncerions « le mourir ». Nous aimons à répéter que le patient est au cœur de notre organisation, mais la réalité pratique nous montre bien souvent le contraire. En effet, le patient doit être un bon patient, *bien-à-la-main*, servir l'organisation, et au mieux ne pas la perturber. Nous remarquons cet état de fait dans la maladie ; le malade, en effet, devient satellite d'une organisation complexe, errant de

spécialiste en spécialiste, sans coordination, ressortant de consultation avec une énième ordonnance rallongeant la liste des traitements, et quelquefois contrevenant aux autres prescriptions.

4. Travail de re-lever

L'activité qui est de relever le patient n'est répertoriée précisément dans aucune des nomenclatures de l'aide-soignante ou de l'infirmière. Est-ce à dire que relever le patient est hors champs du soin ? Le travail n'est-il pas ce sur quoi il y a résistance tout d'abord ? Quoi de plus résistant qu'un corps pesant à soulever ? Les techniques de relevage sont certes apprises en formation, non pas à travers l'écriture, mais avec quelques exercices pratiques. En réalité, leurs acquisitions se font d'une manière empirique, c'est-à-dire dans des situations réelles, et bien souvent le corps dans l'entièreté du soignant s'engage, même lorsque celui-ci « ne met pas toute sa force ». Il investit le monde, et est pris dans le maillage des relations : ceux de ses collègues, et ceux du patient. Ceux des collègues, car la coordination des gestes de chacun doit être, pour que le poids soit réparti avec équité entre les porteurs, ou plutôt les porteuses, dans une même visée qui est de transférer le patient dans son lit. Ainsi ma collègue et moi-même, dans la chambre du patient, nous nous baissions l'une et l'autre, à la mesure du patient au sol. Ainsi le patient dispose de notre force de travail à toutes deux ; quant à nous deux, l'une compte sur l'autre pour décupler et non épuiser sa vitalité dans l'effort. Michel Serres, dans *Les cinq sens*, nous relate le travail corporel lors d'un sauvetage en montagne²⁶⁹. Cette description n'est pas sans rappeler le déploiement de ruse et de

²⁶⁹. Serres, Michel, *Les cinq sens, op. cit.*, p. 354 : « Descendez un jour quelqu'un sur les épaules du sommet d'une montagne à la vallée, croyez d'abord mourir, le supplice des muscles qui ne savent pas travailler à la chute semble abominable ; puis comme d'habitude, la ressource vient, le second souffle et l'assuétude à la nouvelle peine, se découvrent peu à peu des filets musculaires inconnus, angles inusités, articulations en sommeil, des pans de silence au milieu de la chair laissent entendre pour la première fois des musiques étranges mais familières, inouïes mais aussitôt reconnues, la colonne du portage, non homogène, se décompose, mobile, tout un monde naît au-dedans, s'arrange, s'adapte, échange ses responsabilités sous l'implacable écrasement, le corps devient architecture, maçonnerie mouvante, vaisseau, le squelette se fait charpente, ferme, en traits, arbalétriers, les muscles font le mur et les cloisons, tout un réseau fluide d'huisseries

bricolage que trouve notre corps pour pouvoir mener à bien notre mission ici et maintenant. À la réalité corporelle étendue au sol, répond une autre réalité corporelle. Nos corps vibrant tous les trois de leur point de vue battent leur propre mesure. Le patient se raidit, le visage et les bras tendus, semblent amortir une nouvelle chute. Il est contraint de se laisser porter, tout comme le malade est contraint de consentir le traitement proposé. Et nous, comme le manouvrier, notre savoir-faire, relèverait d'une intuition réflexe, c'est-à-dire d'une connaissance qui ne se connaît pas²⁷⁰, sans discours, si ce n'est un discours de réassurance au patient ; nous soulevons chacune un hémicorps du même et seul corps. Les muscles de nos bras sont bandés, et dans une opiniâtreté, nous assurons une stabilité sur notre colonne vertébrale alignée sur notre bassin, puis nos voûtes plantaires. S'impose alors concrètement la masse du corps de l'autre, soumise à la pesanteur. Son poids est majoré par son non consentement spontané, que trahit la raideur de son corps. La frontière où commence le corps de l'autre, le mien s'achève, et réciproquement. Et pourtant ce carrefour nous rappelle à nos points communs. Nous sommes au travail, la patiente et nous-mêmes. Nos mutuels mouvements de peine, d'effort physique le reconnaissent précisément comme travail. Fait remarquable, par un mécanisme de levier, plus nous rapprochons son corps du nôtre et plus celui-ci se fait léger. Ce travail de relevage n'est pas évalué, ni noté sur nos fiches déclaratives, et pourtant il n'est pas réductible à une *poiésis*, une production ou à une fabrication, qui pourrait nous faire oublier l'action-même, la dévaloriser au bénéfice d'un objet²⁷¹, ou bien d'un résultat. Il n'est pas non plus restreint à une *praxis*, qui n'engendrerait modification qu'en nous-mêmes, la nôtre et celle du patient. À travers une technique du corps, il est les deux à la fois. Et

élastiques, les attaches tendineuses, changeant d'angle dans le temps, fournissent des fondations quasi liquides, souples, pneumatiques, adaptables à tout moment au risque de verser, le corps devient trépied, fauteuil, chaise à porteur, balancelle, arc de triomphe, cathédrale, barque, berceau et tour, fondation solide et dure pour une bâtisse, appui fluide pour le vaisseau ou le ballon, le corps, alors, se jette dessous, sait soudain ce qu'on doit jeter dessous, et comment le faire, se connaît comme jeté-dessous, *sub-jectus*, sujet. Je porte donc je suis. »

²⁷⁰. Certeau, Michel, *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1980, p. 110.

²⁷¹. Aristote, *Éthique à Nicomaque, op. cit.*, p. 21.

pourtant, ces habiles inventions restent précaires et sans reconnaissance car par nature elles ne peuvent se plier totalement aux protocoles qui peuvent être établis.

5. Chair de nos actions

Nous sommes bel et bien dans une technique du corps²⁷², mais sans instrument, bien souvent. Car le « lève-personne » a été emprunté par un autre service, ou bien tout simplement, nous ne pouvons pas encore l'intégrer dans nos habitudes cadencées : avant de l'utiliser, nous devons le récupérer, et après utilisation, nous devons le réinstaller dans le lieu qui lui est dédié ; par ailleurs, la chambre trop étroite ne laisse guère de place à une manipulation aisée. Il est tellement plus simple de nous servir d'un tour de bras, de notre corps-treuil pour lever l'homme à terre. Mais il semble également que dans cette préférence de la technique corporelle, nous nous échappions de tout dispositif médico-technique. Ainsi nous pouvons faire preuve d'inventivité et nous réapproprier notre corporéité, pour mieux l'habiter ce soin immanent : « [...] parce que les techniques du corps sont mieux protégées de la superficialité des modes et que là se joue une fidélité matérielle plus profonde et plus lourde, une manière d'être-au-monde et de faire ici sa demeure²⁷³ ». Il ne s'agit pas de refuser tout moyen technique pour soulager la pénibilité du travail mais d'émettre l'idée que par le corps nous essayons de trouver des subterfuges pour retrouver de la chair, une chair à nos actions. De même la plupart de nos patients sont rassurés lorsque ce n'est pas « l'engin » qui les porte dans ses sangles, les replongeant dans une insécurité, mais bien nos bras qui les enlacent.

Certaines situations quotidiennes révèlent, d'une façon remarquable, que plus les soins impliquant le corps à corps, et le relevage en fait partie, moins ils sont considérés. Dans les témoignages recueillis, une soignante évoque sa pratique

²⁷². Mauss, Marcel, « Les techniques du corps » in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1950,

²⁷³. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, Paris, Gallimard, 1994, p. 218.

quotidienne, et d'un air dépité nous dit : « Il arrive que les externes et internes, souvent encore des hommes, viennent me chercher, moi une gringalette, pour relever un patient tombé ! » « Il est vrai que le prestige des professionnels de la santé est proportionnel à leur distanciation du corps du malade²⁷⁴ ». Nous pouvons aussi penser que pour pouvoir relever quelqu'un, certains savoirs de manutention et d'ergonomie sont nécessaires. Car pour relever un patient du sol, il est aussi question de technique, question de technique avec son propre corps, mais aussi avec celui du patient. Fréquemment, cette sollicitation du corps pour arracher un autre corps du sol laisse des séquelles : « mal au dos », « fatigue incroyable » disent les soignants. Séquelles qui, bien souvent, n'attendent que le repos pour se manifester.

6. Transfert sol-lit

Par notre engagement physique et psychique nous arrivons enfin à déposer le patient sur son lit, avant le passage du médecin et, donc, à l'encontre de la procédure établie, comme s'il s'agissait là d'une urgence vitale.

« Dans la vie nous chutons mais ce n'est pas la même chose ; la personne âgée chute pour aller dans la régression ; c'est tabou, mais il faut l'accepter. On essaie de se déculpabiliser, c'est difficile car cela nous renvoie à un échec. ». Muriel poursuit son témoignage :

« J'ai eu une chute qui m'a marquée terriblement. Il m'a fallu l'aide de certaines collègues et du chef de service. J'avais un patient hémiplegique, en fauteuil roulant, que j'avais aidé à s'installer devant le lavabo pour sa toilette. Je lui avais proposé de commencer. Les freins du fauteuil étaient bien mis. Il avait à sa disposition la sonnette, les serviettes de toilette [...] Je lui avais proposé de commencer. Je lui avais préparé sa mousse à raser et lui avais dit que lorsqu'il

²⁷⁴. Véga, Anne, *Soignants-soignés pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Bruxelles, De Boeck Université, Savoirs et santé, 2001, p. 34.

arrivait au dos, qu'il me sonne, je suis dans la chambre à côté. Il n'a jamais sonné. Au bout de dix minutes, je m'inquiète. Je retourne dans sa chambre et le retrouve par terre. Le patient était tombé, le fauteuil par-dessus lui. Je me dis c'est impossible ; qu'est-ce qu'il a fait ? qu'est ce qui s'est passé ? Il a été évacué par le SAMU. Il a fallu l'anesthésier et l'opérer ; il avait une triple fracture à la cheville. Et je revoyais le film ; je lui avais pourtant mis les freins, la sonnette, je lui avais mis sa serviette de toilette ; il avait tout, il avait tout. Comment avait-il pu faire cette chute ? ça m'a effondrée, je me suis remise en question. Mais bon sang, qu'est-ce que j'aurais dû faire ou ne pas faire ? Comment a-t-il fait pour que le fauteuil lui passe par-dessus ? Mes collègues et mon chef de service m'ont signifié que le risque Zéro n'existe pas. Le patient est revenu huit jours après, plâtré. Et je peux enfin lui poser la question et il me répond : « La serviette est tombée ; je voulais la rattraper, et en rattrapant la serviette, j'ai dû défaire les freins. Le fauteuil s'est retourné et je suis tombé. »

Baudelaire nous raconte les « hommes d'équipage » qui « déposent sur les planches » l'albatros²⁷⁵. Lorsque nous nous précipitons pour aliter le patient, nous espérons effacer rapidement la séquence de la chute, comme si elle n'avait jamais existé. Nous l'effaçons pour autrui mais aussi pour nous. Ce sentiment de culpabilité, de gêne pourrait être suscité par une toute puissance ; nous le rencontrons dans bien d'autres situations cliniques et, notamment, dans les cas où le déploiement des possibles de la techno-science s'obstine à prendre place sur tout.

Une soignante témoigne :

« Qu'une patiente chute, ce n'est pas toute ma responsabilité, mais c'est aussi un peu de ma responsabilité ; pour moi, une personne qui tombe c'est un échec. Quand je vois sur la table de la salle de soins des déclarations de chute, je suis soulagée de n'avoir pas été là ».

²⁷⁵. Baudelaire, Charles, *Les fleurs du mal*, Paris, Collection Poésie/ Gallimard, 2005/1865, p. 5.

Cette réflexion rappelle ce que peuvent espérer une majorité de soignants, avant le décès d'un patient dans le service, c'est-à-dire : être absent le jour où cet événement a lieu, pour échapper à sa morosité. Ce temps particulier demande une disposition autre du soignant, laquelle bien souvent est elle-même malmenée par l'organisation hospitalière qui, en effet, s'inscrit en porte-à-faux avec l'événement de la mort.

Mais revenons auprès de notre patient qui est dans son lit. Nous tâchons de prendre sa tension artérielle, le pouls, la température, la glycémie ; pour Laplantine, la pensée étiologique consiste à fixer un facteur parmi d'autres, comme cause spécifique, unique et exclusive²⁷⁶. Ici, ce sera une baisse de tension artérielle et rien d'autre, même si le patient, lui, et nous le savons, s'inquiète d'avoir laissé seul à la maison, un compagnon, son chat²⁷⁷.

Pour rester maître de l'existence, il nous faudra rationaliser, trouver la cible objective sur laquelle nos traitements médicamenteux pourront agir. Nous alitons le patient pour lui éviter tout malaise et une rechute. Mais aussi pour que le médecin puisse l'examiner confortablement.

Sur son lit, l'asymétrie soignant-soigné est moins criante, mais nous verrons qu'elle le demeure par la nature-même de la relation, sauf peut-être dans certains interstices de l'hospitalisation. Selon quelques témoignages de soignants, arracher le patient du sol pour le poser au lit, semble répondre à un sentiment de reconnaissance de sa dignité. À travers les soins se référant à la chute, nous avons évoqué le *care*. Les activités du soin étant particulièrement emblématiques de cette approche, sont celles où le soignant touche avec délicatesse et sans médiation aucune le corps du patient. Mais il existe également les soins indirects,

²⁷⁶. Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, op. cit., p. 321.

²⁷⁷. Nous rapportons ici le témoignage d'une proche, nous relatant « l'évasion » de son mari, d'un grand hôpital lyonnais. À la suite d'examens, l'urgence était de l'hospitaliser. Ce patient s'apercevant que son argument plusieurs fois dit : « Mais il faut que je rentre chez moi, fermer les fenêtres et m'occuper de mon chat ! » ... restait sans effet, « a pris la tangente, en stop » ... « Fier de lui ! »...

comme la réfection du lit. Certains soignants disent réflexion de lit.

Maintenant, notre patient est précisément dans son lit, support essentiel du malade hospitalisé. Ce meuble nécessaire, et pourtant insignifiant, peut dans le même temps être objet présent, objet absent. En effet, lorsqu'il est inhabité, il se manifeste, et lorsqu'il est occupé, il se dérobe. Comme par enchantement, il devient tour à tour visible et invisible.

C'est pourquoi, afin de le comprendre, dans la deuxième partie de notre thèse, nous proposons de replacer le lit, sur lequel repose le patient, au centre de notre réflexion.

DEUXIÈME PARTIE

SOUCI DE LITS, LIT DE SOUCI

CHAPITRE X – UN PEU D’HISTOIRE

1. Souvenir

Paris, ville de lumières. Nous nous souvenons de cette résidence pour personnes âgées. La nuit, l’infirmière que nous accompagnons, nous entraîne de chambre en chambre. Elle, comme un automate, est usée sans doute par tant de solitude, et nous, notre âme (?) s’effondre bien souvent, lorsque nous franchissons le seuil d’une porte. Dans une pièce faisant office de chambre, le résident est isolé. Les murs, le sol, le plafond sont nus ; de leur couleur, il reste du gris. Les fenêtres froides ont pour rideau l’acier des stores. Le vieux ou la vieille se repose ; comme posé dans un lit. Les barreaux, les barrières ne peuvent être rabaisés ; il faudrait les remonter ; mais ce ne serait que perte de temps. Et lorsque nous nous penchons sur lui, trop souvent, « [...] son visage montre une nudité qui crie son étrangeté au monde, sa solitude, la mort, dissimulée dans son être²⁷⁸ ». À deux, nous changeons sa protection et, quand il le faut, son drap. Dans cet espace jeté là, le lit, support matériel, tangible, empruntant l’odeur de son hôte, devenait-il pour autant sa demeure, son habitat ? À cette question, et dans ce contexte, seul(e) le

²⁷⁸. Levinas, Emmanuel, *Totalité et infini*, Paris, Le Livre de Poche, 1997, p. 11.

vieil homme ou la vieille femme dans cet état de résidenti-alité pourrait nous répondre.

Qu'en est-il dans notre service d'hospitalisation ? Ce lit n'a pas toujours été le lit individualisé. En effet, au Moyen-Âge, dans les lits de bois, les indigents étaient couchés par deux ou par trois, et même davantage, en position tête bêche.

Avant d'essayer l'élucidation de notre question, faisons un détour sur les origines du lit.

2. De la fougère au lit

Notre propos se limitera à notre société, néanmoins influencée par l'extérieur.

À la préhistoire, nous dit l'ethnologue Pascal Dibie, nos ancêtres aménageaient leur couche à même le sol, « à l'aide de fougère, de varech à bulles ou laine de rhinocéros²⁷⁹ » ; mais le lit préhistorique ne laisse guère de trace... Puis, aux peaux s'ajoutent des cadres suffisamment légers pour qu'une minorité puisse apporter avec soi ce que nous nommerons, à partir du XII^e siècle, le lit.

Son étymologie vient du latin *Lectus* : il est meuble pour dormir ou se reposer²⁸⁰. Si le nom commun *lectus* désigne le lit, l'adjectif, lui veut bien dire : « cueilli, recueilli, ramassé, ou bien choisi, de choix, d'élite²⁸¹ ». La majorité se contentait d'un grabat. « Le “ grabat ” désigne à Rome, le lit de camp des soldats, la couche des esclaves, des pauvres ou des philosophes faisant profession de

²⁷⁹. Dibie, Pascal, « Tous les lits ont une histoire » in *L'information psychiatrique*, vol. 80, n°3, Paris, mars 2004, p. 181.

²⁸⁰. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 637.

²⁸¹. Gaffiot, Félix, *Dictionnaire latin français*, Paris, Hachette, 1934.

stoïcisme, un méchant lit, celui des pauvres gens et des malades²⁸² ».

Le lit du Moyen-Âge est fait de bois, bois de lit, le *châlit*. Un matelas, « *materas* », de l'arabe « *Matrah*, chose jetée à terre »²⁸³ couvre parfois le « chutrin, paillasse garnie de paille ou de feuilles sèches²⁸⁴ ».

3. Coussin, traversin

Depuis les Romains, le coussin de plumes, dit « *couste* », « *coute* », « *coite* », « *couette* », du latin « *culcita plumea* », remplit cette fonction. Nous pouvons par extension évoquer l'édredon, d'origine Islandaise. L'eider, oiseau marin, y est domestiqué pour son duvet. En cet oiseau, Michelet disait voir le plus touchant des spectacles : l'eider s'arrache son duvet pour pouvoir couvrir son petit. Quelques siècles plus tard, le coussin sert de chevet ; le chevet du latin « *caput* », « *capicia* », « *chevecel* », *chevez*, puis chevet, tête, est aussi dans l'architecture religieuse, « la partie qui termine le chœur d'une église où est l'autel, où se célèbrent les mystères, et qui est souvent plus élevé que le reste²⁸⁵. » Le chevet est également l'endroit de la croix sur laquelle, Jésus-Christ crucifié posa sa tête... Il est défini comme « Tout ce qui élève la tête en quelque endroit qu'on soit couché²⁸⁶ ». L'appuie-tête en bois ou en ivoire, le *oual*, soutien de la coiffe des pharaons Égyptiens en serait l'ancêtre. De dormir tout en cheveux est dans nos sociétés, accepté ; et c'est bien par souci de confort que nous plaçons dans le lit, l'oreiller, mot inventé par Montaigne. Le « traverslit », « traversier » ou « traversain » est usité au XII^e siècle ; il est posé sur toute la largeur du lit et

²⁸². Perrot, Michelle, *Histoire de chambres*, Paris, Seuil, 2009, p. 326.

²⁸³. Dibie, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher*, Paris, Métailié, 2000, p. 72.

²⁸⁴. *Idem*.

²⁸⁵. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 2, pp. 254-255.

²⁸⁶. Dibie, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher*, *op. cit.*, p. 72.

supporte la tête. Le coussin, lui, dérive du latin *coxa*²⁸⁷, cuisse, car il est, avant de gagner le lit, conçu pour le confort de nos sièges. Il est une « [...] sorte de sac rempli de plumes, de crin ou de bourre, et qui sert à supporter quelque partie du corps dans le repos²⁸⁸. »

4. Et drap

Le drap, du latin *drappus*, « morceau d'étoffe », apparaît dès le XII^e siècle ; il est de toile grossière ou en lin. Ainsi jusqu'au XVII^e siècle, *lincel*, *linceul*, du latin *linteolum*, diminutif de *linteum*, « toile de lin²⁸⁹ » le désigne. Longtemps le lin a été une matière première prisée et travaillée par les communautés religieuses ; une couverture de drap doublée parfois de fourrure est « un lodier ou courtepointe, du latin *culcita puncta*, couverture ouatée et piquée (courte, ancienne forme altérée de « coute, « couette » ; pointe, participe passé de poindre, dans le sens de « piquer »)²⁹⁰. Au-delà de ces descriptions générales, le lit évolue selon les civilisations, les époques et les climats ; il s'inscrit dans l'histoire des hommes. Aussi nous n'aurons à cette étape de notre recherche, qu'une prétention, celle d'évoquer quelques photographies de ce meuble. Et faire entorse à ce que nous présagions, c'est-à-dire rester limité à notre société. Le lit, sous toute forme, semble appartenir à toute l'humanité.

5. Panier d'osier et lit à baldaquin

Moïse, dit-on, était dans un panier d'osier, mais le seul lit dont nous avons une description précise, à cette période biblique, nous dit Dibia Pascal²⁹¹ est celui

²⁸⁷. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 307.

²⁸⁸. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française, op. cit.*, vol. 2, pp. 1047-1048.

²⁸⁹. Bloch, Oscar, Von wartbug, Walter, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Paris, PUF, 1932.

²⁹⁰. Dibia, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher, op. cit.*, p. 73.

²⁹¹. *Idem*, p. 32.

de Og, roi de Basan²⁹². Il est de fer, et mesure quatre mètres de long sur deux. Le lit, apparaît dès la préhistoire ; le lit pour les peuples méditerranéens de l'Antiquité, est le meuble-roi, objet de toute activité domestique, jusqu'au décès. Le défunt est représenté sur son lit d'apparat avec une image de la mort bien apaisée. Dans le lit de maçonnerie à la romaine, on y dort, lit, écrit, mange et reçoit ; il est la pièce centrale de l'intérieur romain. L'ethnologue nous raconte qu'une véritable « civilisation du lit », du *lectuli*, petit lit à une place, au *triclinum*, lit à trois places, perdure ; la place d'honneur est celle du centre. Un responsable, le *lectisterniacor*, domestique attitré est affairé aux tables attenantes, disposées en « U ». Il est pour être bon Romain, d'être digne *cubator*, celui qui repose.

De l'Antiquité au Moyen-Âge, période de grande vulnérabilité et d'insécurité, rois et seigneurs sont nomades et le lit est transportable. Toutefois, le lit médiéval à baldaquin avec ses drapés, demeure. Et pour que la mort passe rapidement son chemin, dormir assis est vivement conseillé. La disposition des coussins répond à cette précaution. Autour du lit, la tenture prend de l'ampleur et son déploiement est signe de richesse ; richesse qui offre au couple une plus grande intimité.

6. Un bien

« Pour l'Europe des premiers siècles, et jusqu'au XVII^e siècle, le lit est placé dans la pièce principale et il se fait chambre²⁹³ ». Ouvert de jour, de toile et de bois, il se ferme, la nuit. Avec la Renaissance, il fait partie du patrimoine familial et le testament en porte mention. Il est assez haut ; parfois, un marchepied à plusieurs degrés est nécessaire pour y accéder. Ses quatre mètres sur trois mètres cinquante demande une ingéniosité pratique : « les servantes utilisent pour tendre

²⁹². Hauteurs du Golan, en Syrie.

²⁹³. Burgess, Anthony, *Sur le lit*, traduit de l'anglais par Jean Bonnefoy, Paris, Denoël, 1982, p. 16.

le drap et la courtepointe un bâton spécial, dit pelle à drap ou bâton de lit²⁹⁴ ». Elles bordent le pied du lit, et disposant le haut du drap sur le bâton (qui serait en quelque sorte le prolongement du bras), elle projette celui-ci jusqu'à la tête du lit pour ramener le drap sans aucun pli. Cette technique est souvent utilisée lorsque le lit est adossé au mur. Le lit fait partie de l'apparat des cérémonies et l'on y reçoit. Les étoffes brodées des dais et baldaquins drapent son plafond depuis les coins.

Nous pouvons dire qu'au Moyen-Âge et à la Renaissance, deux types de lit existent : ceux des riches et des nobles, avec le raffinement de bon ton « On fait aussi des oreillers ou petits sachets de senteur, que l'on place sur la courtepointe pour servir d'ornement au lit ou pour y conserver quelque bonne odeur²⁹⁵ ». Pour les seconds, les lits les plus courants sont un sac de toile, de la paille.

Dans cette représentation sociale, le lit prend donc une importance croissante à partir de la Renaissance et ce, jusqu'à la Révolution. Il est l'expression de rivalités ; bouquets de plumes et vases en passementerie se dressent en ses quatre coins. Au plus haut niveau de l'état, les lits les plus extravagants s'affichent ; Louis XIV ne compte plus les siens : plus de quatre cent. Ses ordonnances y sont délivrées, dit-on dans une position de repos...

7. Un meuble

Après la Révolution, le lit devient un meuble plus fonctionnel et plus intime. Le peuple acquiert ce confort au prix de sacrifice. Mais sa taille se réduit, sauf celui du mariage ; à partir du XVIII^e siècle, quelquefois, il se tronçonne en lits jumeaux. Certains auteurs²⁹⁶, disent, que supprimer le lit à deux places peut mettre en péril un gouvernement... Au XVIII^e siècle, le lit occupe une place moins

²⁹⁴. Dibie, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher, op. cit.*, p. 73.

²⁹⁵. *Idem*.

²⁹⁶. Burgess, Anthony, *Sur le lit, op. cit.*, p. 33.

centrale et moins symbolique ; le siècle de l'industrialisation engrange, nous le savons, sa production en série. Le ressort et les premiers meubles populaires en fer forgé, les lits en fonte, matelas en coton, apparaissent. Aujourd'hui, le lit se compose d'un sommier à lattes et d'un matelas à ressorts. L'éventail est riche de lits muraux encastrés, de fauteuils à crémaillère au dossier adaptable, de divans-lits...

Puis, les lits bretons gardent encore leur caractère clos de placard. Ailleurs, dans certaines régions du Sud marocain, les lits bâtis en maçonnerie résistent à l'érosion ; ils prêtent encore, gentiment, leur dos en guise de table... Mais le temps presse, retournons à notre objet !

Comment dans un service hospitalier, un lit de malade, réceptacle de confort peut-il être un lieu de souffrance ?

CHAPITRE XI – AVOIR LA MAIN

1. Plus c'est neuf, et plus c'est rêche

Maguy, infirmière, nous parle de ce moment :

« Tout d'abord, il faut pas être cinquante pour faire le lit ; un lit ça se fait à deux, pour tirer les draps, c'est plus pratique. La seule situation où l'on est trois ou quatre, c'est lorsque le patient est obèse. Tu prends le drap du dessous, tu le tends bien, s'il est sale, tu fais rouler ton patient pour retirer le drap sale. Il est hors de question que tu laisses un drap sale. Le matelas doit être aussi désinfecté ; ça doit sentir le propre. Tâche de mettre le drap le moins rêche en dessous. Les draps neufs sont toujours rêches. Je choisis toujours le plus usé. C'est plus souple, et cette souplesse fera que le pli du drap va s'écraser plus facilement sous le patient ; donc ce sera moins dur, plus confortable. Alors tu tends bien ton drap, avec, tu enveloppes ton matelas, aussi bien au pied qu'à la tête. Ensuite tu fais tes coins au carré, c'est-à-dire à angle droit ; les deux bandes - *Hôpitaux de Paris* - doivent être bien droites, à égale distance de chaque côté. Une fois que tu as bien mis ça, tu mets une alèse, et seulement si elle est fine ; donc tu la mets de travers,

sous le bassin du patient. Tu prends bien soin d'éviter que les coutures soient du côté patient, pour éviter les cisaillements. Tu dis au client²⁹⁷: « dans mes bras, cher ami » ; tu le prends sous l'aile, tu dis au patient de plier ses jambes s'il peut pour se relever ; et avec les talons ; un, deux et trois, tu le remontes. C'est un travail d'équipe ; j'ai eu beaucoup de plaisir à refaire le lit avec les clients dedans... Pour ce qui est de la taie, la règle veut que l'ouverture soit vers le bas. L'oreiller peut être rectangulaire ou carré ; s'il est rectangulaire, tu peux coincer le bord de la taie sous le matelas, pour que l'oreiller ne glisse pas. Moi, je place l'ouverture de la taie vers le haut. Mais l'essentiel, c'est que ce soit harmonieux ; je te donne un truc pour mettre ton oreiller dans la taie : tu inverses ta taie comme un gant, et tu y déposes ton oreiller, du coup tu n'as plus qu'à remettre à l'endroit, et c'est prêt. Après on pose le drap du dessus, en respectant bien les lignes verticales, concordant avec le drap du dessous. Par-dessus, on pose la couverture bord à bord ; tu soulèves le tout et tu fais glisser sous le pied du matelas. On tend bien, on borde, et en un tour de mains, tu fais ton carré, angle de chaque côté ; c'est une technique. Tu prends le bord de ce qui est fait, comme un mille-feuille. (Maguy prend une serviette) ; regarde le mouvement. Tu le replies sur le pied du lit ; tu prends le bord et tu le replies sur le quart. Mais tu fais gaffe, le patient ne doit pas être ni trop découvert, ni trop couvert. Le plus difficile, c'est de faire un lit au carré sur un matelas presque rond. Des fois on te demande des choses impossibles. Ce que je n'aime pas, c'est de faire le lit sur un matelas à plots²⁹⁸ : il y a trois morceaux, et ce n'est jamais bien régulier quoique tu fasses. Et lorsque le lit est vide, le lit reste comme ça ouvert. Tu mets ensuite la couverture selon la manie du patient. Ah j'oubliais, lorsque le lit est retapé, on met le dessus du lit ; si on n'a pas de dessus de lit, on prend un autre drap. »

²⁹⁷. Souligné par nous.

²⁹⁸. Matelas composé de trois blocs de mousse, permettant de répartir la pression sur une plus grande surface.

Ensuite, Maguy évoque quelques souvenirs :

« En 1986, j'étais étudiante et faisais mon stage hospitalier ; la surveillante nous demande, à une autre élève et à moi de faire les trente-cinq lits d'un pavillon fermé. On se croyait dans *Les Temps modernes*²⁹⁹ ; les draps étaient neufs, rêches ; ils étaient brodés. Mais le lit d'hôpital, ça a une odeur, tout le linge hospitalier sent l'hôpital. À la fin, je me suis mise dans un plumard. Quand on fatiguait, on essayait le lit de temps en temps, tu sais comme Boucle d'or avec les gamelles des ours qu'elle goûte, ou plutôt mieux, comme Blanche-Neige avec le lit des sept nains. J'ai commencé à quatorze heures pour finir à vingt heures. On avait le tournis. J'en ai fait des cauchemars ; je ne voyais que des lits. »

2. Comme le poisson-renard

La réfection : « emprunté du latin *refectio* (*reficere* « refaire »), signifie aussi au XVI^e et XVII^e siècles, nourriture, sens attesté en latin également³⁰⁰. Le témoignage de la soignante, met l'accent sur l'efficacité de l'action. La ruse, la feinte et la débrouillardise sont de mise. S'agirait-il de *Métis* ? « Elle ne se manifeste pas ouvertement pour ce qu'elle est, elle ne se montre pas au grand jour de la pensée, dans la clarté d'un écrit savant qui se proposerait de la définir »³⁰¹. La méthode racontée paraît en effet simple, aller de soi, mais ne nous méprenons pas ; cette narration, laisse deviner qu'au-delà de la technique, la manière de faire, laisse champ libre à quelque flânerie, à quelque échappée. Maguy peut parer à l'imprévu. Elle prendra un drap pour remplacer un couvre-lit. Nous comprenons que la *métis* reste *courbe* pour répondre à quelque éventualité. Elle doit s'adapter.

²⁹⁹. Chaplin, Charlie, *Les temps modernes*, film, États-Unis, 1936, 1h30.

³⁰⁰. Bloch, Oscar, et Von wartbug, Walter, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, op. cit. p. 541.

³⁰¹. Detienne, Marcel, et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la métis des grecs*, Paris, Champs essais, 2009, p. 9.

Le lit sera fait, confortable, propre et beau. « Comme le marin, elle doit ruser avec la mer pour mener à bon port son navire »³⁰². Elle est la capacité intelligente.

Métis, divinité féminine, fille d'Océan et de Tétys, engloutie par Zeus, celui même qui l'a engrossée, est aussi la capacité intelligente accompagnée de sagesse pratique. Sans elle, Zeus, dit-on, n'aurait pas pu asseoir sa suprématie³⁰³. Elle est « prudence avisée³⁰⁴ », habillée de ruse, « *dolos* », de tours, « *kerdè* » et d'habileté à saisir l'occasion, le moment propice, le « *kairòs* ». Homère nous raconte, que grâce à elle, dans la course de chars, Antiloque devance ses adversaires qui disposent d'attelage plus rapides³⁰⁵. « Elle donne au plus faible les moyens de triompher du plus fort, au plus petit de l'emporter sur le plus grand³⁰⁶ ».

Comme la toilette, la réfection de lit est portée par la « *mètis* ». « Elle ne prête ni à la mesure précise, ni au calcul exact, ni au raisonnement rigoureux »³⁰⁷. L'habileté ergonomique dans l'aide, à la mobilisation du patient est prudente. L'esprit de discernement dans le choix du drap, la prévision, l'expérience acquise s'enracinent bien dans la *mètis*. Est-il possible que parfois, elle mime la nature sans même le savoir ? Lorsque Maguy renverse la taie d'oreiller, ne rend-elle pas hommage à ce *poisson-renard* ? Ce dernier, habituellement, fuit l'appât, nous dit Plutarque ; mais lorsqu'il est pris à l'hameçon,

Il remonte en toute hâte pour couper la ligne par le milieu ? Grâce à sa vigueur et à sa flexibilité [...] il renverse son corps [...] et le retourne [...], en sorte que l'intérieur devient l'extérieur : l'hameçon tombe [...]. Il déplie ses organes intérieurs, il les retourne à

³⁰². Detienne, Marcel, et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la mètis des grecs*, op. cit., p. 9.

³⁰³. Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *La mètis du renard et du poulpe*, op. cit., p. 316.

³⁰⁴. Detienne, Marcel, et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la mètis des grecs*, op. cit., p. 17.

³⁰⁵. Homère, *L'Odyssée*, op. cit.

³⁰⁶. Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la mètis des grecs*, op. cit., p. 7.

³⁰⁷. *Idem*, p. 10.

l'extérieur, dépouillant son corps comme une chemise. Ce poisson se retourne comme un gant. C'est le cas limite du renversement³⁰⁸.

N'est-ce pas une riche et séduisante métaphore ? À l'image de ce poisson incroyable, comme la taie posée devant nos yeux, la soignante n'a-t-elle pas pris le temps « de se retourner » pour effectuer ce geste ingénieux ?

3. Le renard et le poulpe

Pour la pensée Grecque antique, la *mêtis* est symbolisée par le renard (une ruse, *alôpeks*, en grec, signifie aussi renard³⁰⁹) et le poulpe ;

Le renard a dans son sac mille tours, mais sa ruse culmine dans ce qu'on peut appeler la conduite de retournement. De son côté le poulpe symbolise, dans l'infinie souplesse de ses tentacules, l'insaisissabilité par polymorphie³¹⁰.

Le renversement de la taie illustre ce retournement sur différents plans. Faire un lit au carré, donc à angle droit, sans pli, impeccable, nécessite non seulement cette particularité du renard, mais également celle du poulpe qui, dans la *mêtis*, lui est indissociable. « Pour les Grecs, le poulpe est un nœud de mille bras, un réseau vivant d'entrelacs, un *polyplokos* (nombreux replis)³¹¹ ». Et la polymorphie est sa spécificité. Elle est ce qui se présente sous diverses formes. Le poulpe représente également une forme d'intelligence : le « *poluplokou noèma* », une intelligence en tentacule, que nous retrouvons dans la tradition grecque chez le sophiste et le politique. Le premier en effet déploie un discours ondoyant aux artifices rhétoriques, propres à enlacer ses adversaires, tout comme les tentacules du poulpe avec sa victime. Le deuxième, capable d'être « *polyplokos* », s'adaptera

³⁰⁸. Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la mêtis des grecs*, op. cit., p. 44.

³⁰⁹. Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *La mêtis du renard et du poulpe*, op. cit., p. 301.

³¹⁰. Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la mêtis des grecs*, op. cit., p. 41.

³¹¹. *Idem*, p. 45.

aux multiples situations³¹².

Songez qu'il n'est peut-être pas, dans toute la série animale, un seul être autre que l'homme, qui soit mécaniquement capable de faire un nœud de fil ; et observez, d'autre part, que cet acte banal, tout banal et facile qu'il est, offre de telles difficultés à l'analyse intellectuelle que les ressources de la géométrie la plus raffinée doivent s'employer pour ne résoudre que très imparfaitement les problèmes qu'il peut suggérer³¹³.

Notre soignante, au cours de sa description se confronte à la difficulté de raconter son activité ; dans le discours, la *mêtis* ne se laisse pas facilement appréhender : elle se coule agilement pour ne pas se laisser objectiver. C'est, paraît-il, l'une de ses malices. L'intelligence du travail devance la capacité de Maguy à l'expliquer. La soignante découpe tant bien que mal son action, en une narration animée par les mains ; elles semblent au détour d'un détail, d'une précision, se démultiplier. Malgré leur mobilité, elles peinent à fixer l'activité de la réfection de lit.

« Anaxagore prétend que l'homme est le plus intelligent des êtres parce qu'il a des mains ; mais la raison nous dit, tout au contraire, que l'homme n'a des mains que parce qu'il est si intelligent³¹⁴. ». Ici, l'indigence de l'homme est récusée. La main n'est pas la cause de son intelligence, mais bien sa conséquence. La réfection de lit, nous le savons, ne peut s'apprendre qu'en la pratiquant. Ainsi les étudiants en soins infirmiers bénéficient-ils d'ateliers de travaux pratiques qui, bien entendu, au-delà d'une réfection symétrique du lit, pourraient être également le prétexte de questionnements autour du soin attentif au patient.

4. Et le pouce ?

Pour Aristote, la nature pare judicieusement le monde. La main est un instrument, et pour notre Stagirite, la prodigieuse nature l'accorde à l'homme,

³¹². Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, « *La mêtis du renard et du poulpe* », *op. cit.*, p. 307.

³¹³. Valéry, Paul, *Œuvres*, t. 1, Pléiades, 2008/1957, p. 918.

³¹⁴. Aristote, *Les parties des animaux*, Paris, éd. Les Belles Lettres, trad. P. Louis, 1990, p. 136.

parce qu'il est capable de l'utiliser.

« Pour Aristote, l'univers est un cosmos, un univers fini, hiérarchiquement ordonné, harmonieux, où chaque être a son *telos*, c'est-à-dire sa fin, en tant que finalité d'être³¹⁵ ». Tel être est une plante, ainsi ce dahlia est rouge avec cette jaspure et pas une autre, nous le savions lorsque nous avons planté son tubercule en respectant les conditions nécessaires à sa bonne germination³¹⁶ ; tel autre est un homme ; seul, ce dernier n'est pas prédéterminé... Dans cette divine orchestration, l'intelligence de l'homme, dont le socle est la station debout, trouve, nous dit Aristote, son prolongement dans les mains. Or la main n'est pas un instrument unique ; elle est plusieurs instruments à la fois³¹⁷. La main devient tour à tour griffe, pince, corne, lance, épée, ou tout autre arme et tout autre instrument³¹⁸. La conformation de la main, prouverait la supériorité de l'homme sur l'animal. Et puis ce *doigt sur le côté*, le pouce, son absence n'aurait-elle pas empêché notre soignante de faire le lit au carré ? Par et, dans cette bénédiction, s'ancre la *mêtis* de Maguy.

La nature semble même avoir trouvé du plaisir à être la plus économe possible, elle a mesuré la dotation animale des hommes si court et si juste pour les besoins si grands d'une existence commençante, que c'est comme si elle voulait que l'homme dût parvenir par son travail à s'élever de la plus grande rudesse d'autrefois à la plus grande habileté, à la perfection intérieure de son mode de penser et par là (autant qu'il est possible sur terre) au bonheur, et qu'il dût ainsi en avoir tout seul le mérite et n'en être redevable qu'à lui-même ; c'est aussi comme si elle tenait plus à ce qu'il parvînt à l'estime raisonnable de soi qu'au bien-être³¹⁹.

En effet, à partir de la fortune que la nature a bien voulue lui accorder : le cerveau et la main, l'homme en cette apparente économie peut devenir digne de sa dignité

³¹⁵. Fiat, Éric, cours master 1 de philosophie pratique, UMLV, 2008-2009.

³¹⁶. Fiat, Éric, *Corps et âme ou : qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal...*, *op. cit.*, p. 130.

³¹⁷. Aristote, *Les parties des animaux*, *op. cit.*, p. 136.

³¹⁸. *Idem*.

³¹⁹. Kant, Emmanuel, *Idée d'une histoire universelle au point de vue cosmopolitique*, trad. J.-M. Muglioni, 1988/1784, Paris, Bordas, p. 12-13.

et échapper au déterminisme ; ici de participer au bien-être de notre patient.

« Quand le geste est habituel, il faut de l'habileté et de l'adresse, pour guider l'habitude³²⁰ ». La disposition à la bonne action, ne l'implique pas nécessairement, nous dit Aristote, mais à l'opposé, « [...] les actes commandent souverainement nos dispositions »³²¹. À force de tâtonnement, d'échec, la main de la soignante se détourne de l'immuabilité pour la perfectibilité. Pour ce qui est de l'animal, sa possible perfection fait qu'il ne peut plus s'améliorer. Et puis, la pince, la griffe, la corne, la lance, l'épée, ne peut-elle pas se faire moins incisive ? N'est-elle pas aussi cuillère, levier, éventail, berceau, éponge ?

La main est l'organe de saisie et de prise, de première et aveugle prise dans le grouillement : elle rapporte à moi, à mes fins égoïstes, des choses arrachées à l'élément, lequel sans commencement ni fin, baigne et noie l'être séparé³²².

Nous comprenons que la main sensitive, même aveugle, tâtonnante, est celle qui humanise le monde dans lequel nous vivons. Elle ramène à soi, le monde dans lequel nous sommes. Le travail de la main, traduit l'élaboration de notre intelligence et le monde sort un peu de sa pénombre ; à chaque épreuve, nous devons continuer à chercher, à inventer une solution, découvrir une issue ; « À force de bien ou de mal construire, l'on devient bon ou mauvais architecte³²³ ». Le drap le plus usé, celui-ci, portera le patient. Dans cette chambre d'hôpital, notre malade retrouve un lit confortable et réconfortant. La main rend l'univers moins hostile ; exploratrice, elle le rend moins étrange ; et parce qu'elle n'est pas spécialisée, grâce à l'intelligence, elle se fait multifonctionnelle. « *Organon pro organon* » (*ὄργανον προ ὄργανον*), l'instrument de tous les instruments. Ainsi parce qu'originellement, il est indéterminé, l'homme peut actualiser sa puissance.

³²⁰. Levinas, Emmanuel, *Totalité et infini*, Paris, Le Livre de Poche, 1997, p.180.

³²¹. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 53.

³²². Levinas, Emmanuel, *Totalité et infini*, *op. cit.*, p.170.

³²³. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 52.

C'est aussi avec un *parler-mains*, que Maguy accompagne son discours pour l'arracher à l'incompréhension de son interlocuteur. La main se fait lien, lien qui, curieusement, est « le dénominateur commun du poulpe et du renard »³²⁴.

Le premier est un mille pattes, mille liens, et la souplesse du renard n'est-elle pas celle d'une lanière ?

5. « L'essentiel, c'est que ce soit harmonieux »

« L'essentiel, c'est que ce soit harmonieux », ce souci de beauté, nous amène à convoquer Socrate. Dans *Le Banquet*, les propos rapportés de Diotime « Pour moi, c'est très clair : s'il est autre chose de beau que la Beauté elle-même, cette chose-là n'est belle que pour une seule raison parce qu'elle participe à cette beauté³²⁵ ».

À travers une réfection soignée du lit, notre soignante participe si ce n'est à la Beauté du monde, à moins de dysharmonie dans la chambre de son patient. Et puis il y a l'*Idea* ; pour Platon, « L'artisan fait un lit ou une table non pas en regardant un autre lit ou une autre table, mais en regardant l'idée du lit. » Ici le terme « fait » tient lieu de « fabrication » mais pour notre réflexion, nous choisissons de penser « réfection ». Ici il ne s'agit pas de confectionner, de produire ou de fabriquer, mais d'ajuster, d'aménager ce qui déjà existe. Hannah Arendt nous dit que « certes, un objet d'usage d'ordinaire n'est pas, ni ne doit être conçu pour être beau, mais tout ce qui a une forme, tout ce qui est visible est forcément beau ou laid, ou encore les deux³²⁶. ». Le lit, objet fonctionnel en premier lieu, paraît aux yeux d'autrui, beau ou laid, ou encore les deux. [...]

³²⁴. Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la mètis des grecs*, op. cit., p. 45.

³²⁵. Platon, Phédon, *Le banquet, Phèdre*, op. cit., p. 69.

³²⁶. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Agora, 1988, p. 229.

Chaque objet transcende aussi la sphère de l'instrumentalité pure dès qu'il est achevé. Le monde humain, exclut, nous dit la philosophe, tout ce qui ne serait qu'utile. Pour Maguy, un lit bien fait serait-il son rapport à, ce à quoi, il doit ressembler ? Ce lit harmonieux, ne serait-il autre que son rapport à l'*aidos* ? Serait-ce cette image vue par l'œil intérieur, qu'évoque Hannah Arendt ? Pas tout-à-fait, car le jugement de beauté sanctionne aussi la conformité aux règles de l'art, n'appartenant pas à Maguy, seule mais à toute une communauté de soignants, et plus précisément le soignant de chevet. Il nous arrive parfois de rappeler à nos étudiants stagiaires, qu'un soin parachevé ne peut pas être s'il se focalise sur l'injection d'anticoagulant à effectuer sur monsieur T. mais qu'il s'agit aussi de veiller à ces parcelles de Beauté que peuvent être les soins sans médico-technicité. Et pour ce faire, dans la chambre du malade, notre étudiant doit prendre le temps nécessaire pour percevoir qu'au-delà d'un « désordonnement » du lit, c'est bien le sentiment d'abandon qui doit être combattu. Et puis ce fameux « carré » (*τετραγωνη*), ne renvoie-t-il pas à la notion d'équilibre ? Il implique l'idée de stabilisation dans la perfection. Mais il représente également les quatre directions de la boussole et permet ainsi à l'homme de s'orienter. Par ailleurs, nous savons que « faire un lit au carré » est un terme militaire. Il signifie faire un lit, sans pli, irréprochable, parfait. Au point que certains militaires évoquent l'application de deux planchettes sur le côté du lit, pour pouvoir bien tendre avec rigueur les couvertures. Nous parlons même d'une armoire au carré, qui exige que tous les effets contenus dans l'armoire soient au format « A quatre ». Les infirmières de la Croix-Rouge, côtoyant les militaires, ont hérité de cette coutume et de cette expression. Il n'empêche, que pour cette jeune étudiante en soins infirmiers, un lit est défini « au carré », car ses quatre coins rassemblés forment tout simplement, bel et bien un carré, en réalité un rectangle.

Le renard et le poulpe nous parlent de lien, mais qu'en est-il du lien avec l'autre, celui qui remonte avec nous le drap du patient ?

6. « Mon Mickaël »

Écoutons maintenant le témoignage de Maryline, infirmière, à propos de son collègue : « Je l'appelais mon Mickaël, (prononcer Maikəl). Pour faire un lit, on était synchro à cent pour cent, avec ou sans patient. On n'avait pas besoin de parler ; l'un et l'autre, on se complétait. Quand j'étais à la tête ou au pied, il était à la tête ou au pied. On n'avait aucune relation à l'extérieur, c'était professionnel ; pas un n'essayait de dominer l'autre, comment te l'expliquer ? Je ne sais pas. C'était comme une partition de musique ; ça a duré deux ou trois mois ; je n'ai jamais eu ça après lui. C'était professionnel, notre regard était tourné vers le patient ; le malade n'était jamais exclu ; mais tu sais quand ça ne passe pas avec la collègue, tu le sens au moment de faire le lit. La tension, tu la sens à l'autre bout du drap. Quelquefois, il m'arrive de dire à la collègue : « je ne veux pas te vexer, mais tu n'es pas mon Mickaël, comme certainement, je ne suis pas ton Mickaël. » de faire le lit à deux, ça simplifie la tâche ; il m'arrive quelquefois de faire le lit avec une collègue, et là tu sens bien, lorsqu'il y a une rivalité, qu'elle va tirer son bout de drap ; et ça doit gêner le patient ; le lit d'ailleurs, n'est pas symétrique. Du coup, vu qu'il n'y a aucun échange, le lit est fait à fond les gamelles, et on peut en faire à la pelle. »

Hannah Arendt propose le terme de *Vita activa* où l'on distingue trois activités humaines³²⁷ : le travail, l'action et l'œuvre.

Le travail est étymologiquement la « machine où l'on assujettit les bœufs, les chevaux difficiles, pour les ferrer »³²⁸. Il a pour origine le mot latin *trepalium*,

³²⁷. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 41.

³²⁸. Bloch, Oscar, et Von wartbug, Walter, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, op. cit., p. 646.

instrument de torture. Et si souffrance il y a, n'est-elle pas engendrée par les efforts incessants que l'homme consacre pour mettre en acte sa puissance, puissance d'être incomplet³²⁹, depuis sa déchéance du Jardin d'Eden ? Travailler serait-il d'abord « se tourmenter », « peiner », « souffrir³³⁰ » ? Cette acception nous renvoie à la tradition grecque, où le travail méprisé parce qu'il répond aux besoins primaires de l'homme pour survivre, est affaire d'esclave, et caractérise « *l'homo faber* ». Il signe en effet la servitude, la dépendance de l'homme à la nature. Mais si le travail ne vise que la satisfaction de ses besoins biologiques, à la nécessité, alors ne pourrions-nous pas suggérer son accomplissement par les dispositifs robotiques, remplaçant les esclaves des temps anciens ? Et nous pensons alors à ces robots humanoïdes, dont on nous dit leur capacité à atteindre même l'affect de la personne accompagnée.

La condition humaine du travail est la vie elle-même ; le travail est « l'activité dans laquelle l'homme n'est uni ni au monde ni aux autres hommes, seul avec son corps, face à la brutale nécessité de rester en vie³³¹ ». Dans ce moment particulier de sa journée, où elle essaie d'exécuter sa tâche, coupée de la relation à l'autre, de sa collègue, l'activité de notre soignante répond-elle à cette définition du travail ? Et, qu'en était-il de cette infirmière, abandonnée du reste du monde qui, depuis quelques années déjà, faisait ses rondes de nuit dans une maison de retraite ?

7. Comme une partition

Quand Maryline évoque une partition de musique, lorsqu'elle est en duo avec Mickaël, elle ne semble pas isolée des autres. « Le travail, et non pas

³²⁹. Delsol, Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie, op. cit.*, pp. 148, 149.

³³⁰. *Idem.*

³³¹. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne, op. cit.*, p. 274.

l'œuvre, exige pour bien réussir une exécution rythmée et, lorsque plusieurs travailleurs font équipe, il lui faut une coordination rythmique de tous les gestes individuels³³² ». Chacun joue « une partition », le regard tourné vers le malade qui, à cet instant, fait office de chef d'orchestre. Si dans le travail, l'homme peut actualiser ses capacités, il le peut aussi grâce au travail des autres, de Mickaël, mais aussi de générations passées, ayant accumulé, développé et transmis des savoirs.

Quant à l'œuvre, elle s'origine dans le mot latin « *opera* », qui est tiré du verbe « *obrar* » ; le terme espagnol « *huebra* », nous permettrait une autre compréhension ; il signifie « journal de terre » et induit « l'appartenance-au-monde », condition de l'œuvre, selon Hannah Arendt. L'œuvre nous arracherait à cette répétition de tâches que nous assigne notre condition humaine. Elle est l'inscription dans l'extériorité de notre intériorité, et la contemplation de cette empreinte nous rappelle à la conscience que nous avons de nous-même. Si avec les Grecs, le travail n'est que servilité, ici il est remanié et peut se faire liberté.

Nous avons abordé le travail, puis l'œuvre. L'action est quant à elle, « le fait, la faculté d'agir, de manifester sa volonté en accomplissant quelque chose » ; et le dictionnaire³³³ de nous ajouter : par opposition à la pensée, à la réflexion³³⁴. Mais Hanna Arendt, nous ne propose rien de plus que de penser ce que nous faisons³³⁵. Penser à ce que nous faisons, suppose de vivre le présent, ici et maintenant. Dans la poche de sa blouse blanche, Maryline a une feuille de planification horaire des soins, pliée en quatre. Ce support lui sert de balisage, en quelque sorte, une feuille de route, durant sa journée de travail. Heure après heure,

³³². Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 197.

³³³. *Le Petit Larousse illustré*, op. cit., p. 58.

³³⁴. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 197.

³³⁵. *Idem*, p. 38.

il lui indique précisément les soins à effectuer. Pourtant lorsque notre soignante effectue son soin, elle est toujours en avance sur elle-même ; elle borde le lit et elle pense en même temps au pansement du patient de la chambre voisine. Elle pense à ce dernier, mais il lui faut aussi penser à appeler le laboratoire pour recueillir les résultats d'examen... Peut-on toujours penser à loisir ? Et puis la fatigue n'est-elle pas premier ennemi de la pensée ? Maguy, nous la relate avec légèreté dans le tourbillon de lits à faire. Le film *Une femme d'extérieur*³³⁶ évoque cet état de fatigue morose. L'héroïne, Françoise, est infirmière ; pendant son service, elle réalise qu'au fond du couloir, la porte d'une chambre ouvre sur un lit blanc fraîchement « retapé », et qui ne « demande » qu'à être occupé ; cette apparition ne met que davantage en relief sa vie nocturne, sentant les bars minables, l'alcool, le tabac froid et la fatigue. Spectateur, nous nous surprenons à espérer qu'elle se convainque elle-même d'aller enfin s'aliter. Et nous l'accompagnons avec soulagement.

La chambre du patient a un contenu quasi immuable et le même dans tous les services hospitaliers. Le lit en est sa principale composante ; il est pourtant un support qui, en dehors de la réfection de lit reste invisible.

³³⁶. Blanc, Christophe, *Une femme d'extérieur*, film, Paris, 2000, 1 h 58.

CHAPITRE XII – DE L’ATTENTION

1. Invisible

Par quel enchantement, ce « personnage », objet inanimé, « trapu, comme un gros animal blanc blotti là »³³⁷, peut disparaître et réapparaître ? Bien-sûr, l’habitude voile les choses, les estompe, jusqu’à les gommer de notre conscience ; ainsi, la porte, que nous poussons depuis des années pour entrer au domicile, n’est pas cette grande planche à la verticale, pivotante ; elle devient juste une poignée qu’il faut tourner. « La table, la tasse posée sur elle, [...], sont incapables d’apparaître de leur propre fait, par leur propre force, en raison de leur nature ou de leur substance propre, qui est de la matière aveugle »³³⁸.

Le lit échappe à notre vue ; il ne s’agit pas là d’une simple vue de l’œil, mais de notre disposition, de notre *œil intérieur*. La conscience est toujours conscience de quelque chose, et c’est à l’intentionnalité, du latin *intentio*, action dirigée, dessein libérée, volontaire, que l’intuition, accès à l’objet d’évidence immédiate, doit son pouvoir phénoménologique, nous dit Husserl. Notre

³³⁷. Mann, Thomas, *La montagne magique*, Sarthe, Le Livre de Poche, 1997, p. 337.

³³⁸. Henry, Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000, pp. 38-39.

intentionnalité, elle seule, peut décider de la condition de phénomène, sauf dans l'événement, comme nous l'évoquions en première partie, où notre intentionnalité est prise au dépourvue. « Phénomène, s'origine dans le grec *phainomena* "phénomènes célestes", ce qui apparaît, du verbe *phainein*, apparaître, paraître »³³⁹. Il met en évidence la notion d'apparence, d'apparition manifeste. Le phénomène désigne chez les Grecs Anciens, les astres et constellations qui brillent si visiblement à nos yeux. Il est à la croisée de la manifestation et de la conscience³⁴⁰. Il est tout ce qui apparaît à la conscience. La conscience *cum* et science est expérience de présence à soi et aux choses. Elle me permet de m'en séparer, de m'en distinguer. Elle est savoir compagnon de mes pensées, de mes actions et de mon être au monde.

Le phénomène, c'est la chose telle qu'elle nous apparaît. Ce qui oppose immédiatement le phénomène à la chose telle qu'elle est en soi, donc la chose telle qu'elle ne nous apparaît pas, Kant nomme cette dernière noumène, ou « chose en soi », par opposition à la « chose pour nous » (et finalement aussi par nous) qu'est le phénomène³⁴¹.

Le « *noumène* », par sa seule résonnance nous inviterait au sortilège. Il est ce qui, par son essence, échappe toujours à notre regard. Quant au phénomène, lui nous limite à sa seule description.

Donc, lorsque notre intentionnalité est dans le soin au patient, et lorsqu'il n'y a pas urgence, nous devons lui accorder une attention particulière ; alors le lit s'efface, comme par magie, pour laisser se déployer notre action délibérée. La réfection du lit peut être encore une espèce de sas de séparation d'avec le patient. Et notamment lorsque la toilette au lit se termine. Ce serait alors une invention pour nous séparer le moins brutalement d'un corps déjà séparé, celui de la patiente.

³³⁹. Bloch, Oscar, Von wartbug, Walter, *Dictionnaire étymologique de la langue française, op. cit.*, p. 481.

³⁴⁰. Sous la dir. de Barbara Cassin, *Vocabulaire Européen des Philosophies, op. cit.*, p. 935.

³⁴¹. Folscheid, Dominique, cours master II, UMLV, 2009-2010.

Notre attention est tendue vers ce lit, qui nous le souhaitons, sera réceptacle du moins d'inconfort. Cette attention qu'il nous faut sans cesse cultiver et défendre, nous dit Corine Pelluchon³⁴² ; car ce sera elle qui permettra à Maryline d'être la plus présente possible à soi et de pouvoir se rendre disponible à l'autre, à travers aussi l'attention portée à son lit.

2. Visible

Cette mise en phénoménalité consiste dans le mouvement par lequel l'intentionnalité se jette hors de soi en se dépassant vers ce qui se trouve dès lors posé devant son regard » et que Husserl appelle son « corrélat intentionnel » ou encore un objet transcendant³⁴³.

L'apparence du lit est sa visibilité, ou bien son apparaître, le « Comment » de son apparaître, [...] ou la manière qu'ont les choses de nous rencontrer³⁴⁴. Cette chose est dans un espace et dans un temps, aussi cette rencontre unilatérale implique que nous soyions nous-même dans un temps et un espace.

L'intentionnalité nous jette d'emblée sur cette chose qu'elle envisage sous le rapport de l'apparence ou de la présence physique. Elle nous met en relation avec le monde mais nous renvoie parfois, avec une implacable acuité à notre finitude. Quelquefois cet *étant*, dont la surface doit être occupée, nous heurte ; madame R., dans le lit de la chambre cinq, vient de mourir ; notre collègue n'a pas encore pris clairement conscience de l'événement ; elle ne nous l'annonce pas. Et lorsque notre intention est de rencontrer le visage, comme à l'accoutumé pour Madame R., ce lit soudainement vide, saisit à son tour notre regard, et assombrit notre être.

³⁴². Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération*, *op. cit.*, pp. 214-217.

³⁴³. Henry, Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, *op. cit.*, p. 50.

³⁴⁴. Heidegger, Martin, *Qu'est-ce qu'une chose ?*, traduit de l'allemand par Jean Rebol et Jacques Taminiaux, Paris, Gallimard, 1972, p. 42.

3. Quelle idée !

L'intentionnalité produit non pas la donation immédiate de la chose, mais sa signification, nous dit encore le philosophe³⁴⁵. L'intentionnalité est le mouvement par lequel l'intellect se dirige vers un objet. « Or la réalité de la couleur se tient uniquement là où elle est ressentie en nous, dans la couleur impressionnelle ou sensuelle »³⁴⁶. Robinson nous en donne un éclairage :

Et tout à coup un déclic se produit. Le sujet s'arrache à l'objet en le dépouillant d'une partie de sa couleur et de son poids. Quelque chose a craqué dans le monde et tout un pan des choses s'écroule en devenant « moi ». Chaque objet est disqualifié au profit d'un sujet correspondant. La lumière devient œil, et elle n'existe plus comme telle : elle n'est plus qu'excitation de la rétine. L'odeur devient narine et le monde lui-même s'avère inodore. La musique du vent dans les palétuviers est réfutée : ce n'était qu'un ébranlement de tympan. À la fin le monde tout entier se résorbe dans mon âme qui est l'âme même de Speranza, arraché à l'île, laquelle alors se meurt sous mon regard sceptique³⁴⁷.

Toute signification est-t-elle réalité, ou seulement *un-objet-de-pensée*³⁴⁸ ? Ainsi le lit, en tant que *jeté devant nous*³⁴⁹, est un et multiple ; le lit peut être électrique, hydraulique, mécanique, il reste un lit. Il n'est pas seulement le meuble du menuisier, mais le lit du malade, peut-être même le lit du soignant. Les sens ne peuvent percevoir que la multiplicité des lits, mais notre conscience en saisit l'unité ; elle réside dans l'idée qu'on se fait du lit, et cette idée reste insaisissable par les sens. Le lit est un lit parce que nous avons l'*Idée* du lit, nous dirait peut-être Platon. Le lit, en tant que chose, participe à notre perception du monde.

Nous pouvons l'aborder en tant qu'outil, et Heidegger de nous dire que cette relation est relation de bien-à-la-main (*Zu-handenheit*, disponibilité)³⁵⁰. Elle est en quelque sorte la plus immédiate, inhérente à la praxis. Selon lui, un autre mode

³⁴⁵ Henry, Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 68.

³⁴⁶ *Idem*, p. 69.

³⁴⁷ Tournier, Michel, *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, Paris, Gallimard, 1967, p. 82.

³⁴⁸ Henry, Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, op. cit., p. 68.

³⁴⁹ Pour objet du latin *objectum*.

³⁵⁰ Gelven, Michael, *Être et temps de Heidegger, un commentaire littéral*, op. cit., pp. 210-211.

selon lui existe, mode qui s'inscrit dans une relation nommée *à-portée-de-main* (*Vor-handenheit*, présence)³⁵¹, qui peut nous ouvrir sur ses propriétés physiques mais aussi métaphysiques. Cette relation n'est possible que parce qu'elle dérive du premier mode, et elle me permet de passer de la praxis à la théorie ; le lit devient alors un lit différent.

La réfection du lit accompagne, concrétise l'image émergée de notre conscience, et nous allons nous y atteler.

4. À trois

Notre collègue, qui n'est pas notre Mickaël, arrive en renfort, de bras, de linge, mais aussi de fraîcheur... Alors, c'est ici une relation triangulaire qui s'amorce : la patiente, notre collègue et nous. Dès lors, par cette triangulation, la proximité à la vulnérabilité de l'autre, peut-être moins exclusive.

[...] Le rythme biologique du travail unit le groupe de travailleurs au point que chacun d'eux a le sentiment de ne plus être un individu, mais véritablement de faire corps avec les autres. Il est certain que cela allège le labeur, comme pour chaque soldat le pas cadencé facilite la marche³⁵².

Nous poursuivons nos mouvements et le lit poursuit sa médiation dans cette tri-relation. Nous sommes debout, elle, est alitée. Par nos gestes, nous poursuivons notre accueil. « Qu'est-ce qui oblige le soignant à accueillir l'autre dans sa fragilité au sein d'une relation asymétrique ? L'autre, l'étranger, le vagabond, le faible, le malade³⁵³ ? ». L'obligation, ici, n'est pas entendue en tant que répressive, mais en tant qu'évidence. Au-delà de notre devoir de soignant, au-delà de notre responsabilité juridique, quel est ce principe qui fait que nous nous

³⁵¹. Gelven, Michael, *Être et temps de Heidegger, un commentaire littéral*, op. cit., pp. 210-211.

³⁵². Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 276.

³⁵³. Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004, p. 247.

faisons béquille ? Nous allons devoir en tant que soignant, personnel de chevet, nous pencher physiquement sur l'autre ; ce mouvement vers l'autre peut induire ou sous-tendre une condescendance, mais également une attention pratique : un engagement, une conversion vers autrui, une décentration de soi. Ce mouvement vers l'autre peut signifier à *votre appel, me voici*. Le patient est souvent en position de faiblesse, mais cette même faiblesse nous commande « *comme quand on dit : "on vous demande" »*³⁵⁴. « *Je* » doit répondre à cet appel, sans en attendre une réciprocité. Le devoir de « *je* » à l'égard d'autrui s'impose dans son absolu. Et c'est la faiblesse de notre patiente alitée qui somme « *je* » de se pencher vers elle. Aussi, pour lui, mais aussi pour nous, nous veillerons sur lui ; qu'il soit au moins, dans ce lit, bien installé. Nos gestes doublent la parole. Et cette parole est tournée vers madame L.

5. De nouvelles lunettes ?

Nos mains non gantées, d'un commun accord avec celles de ma collègue, chacune de son côté, tirent comme un arc, le drap. Il n'hésite pas à ronger les talons de nos hôtes, lorsque la fatigue amenuise notre vigilance ; maintenant, pour nous, il s'agit de prévenir les complications de l'alitement ; elles se font pléthore : encombrement bronchique causé par une stagnation des sécrétions, phlébite due à l'immobilisation, problèmes de transit, atrophie des muscles, perte du sens de la verticalité, mais aussi de la temporalité... Si pour Hans Jonas, « la première obligation de l'éthique d'avenir est se procurer une idée des effets lointains³⁵⁵ », nous affirmons que, pour nous soignants, dans cette chambre, nous guettons les effets de nos actions, dans un avenir proche. Pour autant, ne sommes-nous pas guidée par « l'heuristique de la peur » ? Ces termes « heuristiques » et « peur », se

³⁵⁴. Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini*, Paris, Le Livre de Poche, 2002, p. 94.

³⁵⁵. Jonas, Hans, *Le principe responsabilité*, traduit de l'allemand par Jean Greisch, Paris, Cerf, 1990, p. 67.

présentent comme antinomiques. La peur, « sentiment de forte inquiétude, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace »³⁵⁶ habituellement enferme, fige ou bien provoque par une tension la fuite ou le combat ; le mot « heuristique » : du grec « *heuriskein* », trouver, qui sert à la découverte³⁵⁷ invite à une ouverture, une espérance ; mais par ce contre-pied lexical, le philosophe ne nous invite-t-il pas à porter de nouvelles lunettes pour appréhender notre action ? Par ce prisme, la peur serait-elle réhabilitée et transformée en vertu ? Cette peur-vertu ne serait plus « pétrifiante », « enfermante » ; ce couple improbable « heuristique et peur », nous ouvrirait-il sur une optimiste prévoyance ?

La peur est possiblement aliénante, car pouvant être levier d'instrumentalisation de l'être. Comment ici, nous permettrait-elle de nous déterminer par nous-même ? Comment cette peur, laquelle chez les anciens était considérée comme obstacle à la vertu³⁵⁸, peut-elle de *pathos* devenir peur de vertu ? « Elle serait une peur essentielle nous rendant plus lucide, plus clairvoyant »³⁵⁹. Si nous ne savons pas vraiment ce que nous voulons, nous dit Jonas, nous savons intuitivement ce que nous ne voulons pas. Dès lors, dans cette chambre, au chevet du patient, nous pouvons imaginer les souffrances qu'induiraient en plus une négligence, un oubli ou un manquement dans nos actes. Grâce à cette faculté de projection, et pour que cette souffrance n'advienne davantage, nous allons pouvoir orienter le cours des choses, en posant nos actions réfléchies et délibérées. Souffrance, physique et psychique peut être engendrée par un rien de vigilance.

³⁵⁶. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 812.

³⁵⁷. *Idem*, p. 545.

³⁵⁸. Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération, op. cit.*, p. 47.

³⁵⁹. Smadja, David, à propos du livre de Hans Jonas : *Le principe responsabilité, op. cit.*, cours Master II, UMLV, 2009-2010.

La peur pour autrui n'est certes pas de mode dans notre quotidien, puisqu'elle ne cesse de nous rappeler à une autonomie pervertie. Elle justifie et nous renvoie comme en miroir non pas à la considération de l'autre mais à notre indifférence à son égard. La peur pour autrui relève de la responsabilité.

6. Des ridelles ou des barrières ?

Notre pensée s'arrête sur monsieur C, dont l'escarre³⁶⁰ rogne le sacrum et qui, dans un lit de douleurs, le torture jusqu'à l'agonie. « Il est douteux que quelqu'un eût jamais fait l'éloge de la santé sans au moins le spectacle de la maladie, celui de la probité sans celui de la canaillerie et celui de la paix sans être averti de la misère de la guerre »³⁶¹. La peur pourrait être heuristique parce qu'elle ne figerait pas sur soi, comme la peur-passion. Nous disions qu'elle pourrait être « peur-responsable », souci, tourné vers l'Autre. Il n'y a pas souci sans responsabilité et « l'heuristique de la peur » consiste précisément à être soucieux pour ce dont nous sommes responsables. Et ne sommes-nous pas responsable de notre prochain, ici, de celui qui nous est bien proche, c'est-à-dire le patient ?

Responsable, nous dit *Le Petit Larousse* « vient du latin *respondere*, se porter garant ; qui doit répondre de ses actes ou de ceux des personnes dont il a la charge ».

La responsabilité est la sollicitude : la responsabilité est le souci, reconnu et accepté comme devoir, de l'être autre que soi, souci qui se transforme en préoccupation, inquiétude, peur pour l'autre lorsque la vulnérabilité de cet être est menacée³⁶².

Cette peur ne serait donc pas dans le registre du *pathos*, mais celui de la raison,

³⁶⁰. « Escarre » ou « eschare » du grec « *eskhara* », croûte, nécrose de la peau et des tissus sous-jacents, formant une croûte noire puis un ulcère, survenant surtout chez les personnes alitées. Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 428.

³⁶¹. Jonas, Hans, *Le principe responsabilité*, *op. cit.*, p. 66.

³⁶². Smadja, David, à propos du livre de Hans Jonas : *Le principe responsabilité*, *op. cit.*

une peur raisonnable. Elle nous éloignerait de notre immédiateté et nous rapprocherait de l'essence de notre humanité, de notre *telos*, de notre finalité. Mais elle est aussi un sentiment ambivalent, son arête est très fine ; même s'il s'agit de « [l'] heuristique »³⁶³, l'un des deux termes « heuristique de la peur », en l'occurrence la peur, ne peut-il pas prendre subrepticement l'ascendant sur l'autre ? Ainsi la peur féconde, pourrait-elle devenir peur mortifère ? N'est-ce pas dans cette dérive, que nous enfermons dans son lit, cette personne âgée à l'aide de barrières ? Quelquefois nous les appelons ridelles, comme hirondelle. Pensons-nous gommer ainsi la brutalité de leur signification d'enfermement. N'est-ce pas de peur que souvent, au lit, nous clouons de contentions aux deux poignets, le patient désorienté ? Ou bien n'est-ce pas de nouveau la peur de n'être pas à la hauteur de son appel, qui fait que nous l'évitons parfois jusqu'à l'abandon ?

Ainsi de lieu de réconfort, le lit devient lieu de supplice. Comme condamné au pilori, le patient serait-il châtié pour sa vulnérabilité ? La vulnérabilité est le caractère de ce qui est vulnérable, du latin « *vulnerare* », blesser, faible, qui donne prise à une attaque³⁶⁴.

Est-ce à dire que la vulnérabilité appelle l'assaut ?

³⁶³. Souligné par nous.

³⁶⁴. *Le petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 1124.

CHAPITRE XIII – IL, TU, JE

1. Notre coin au carré

Et lorsque le drap est bien tendu sous madame L, d'une même cadence, l'une s'ajustant à l'autre, d'un tour de mains, le geste intégré, à force de tâtonnements, de répétitions, nous créons notre « coin au carré », comme si de rien n'était. « Sous le masque de l'évidence, s'empile en fait un montage subtil de geste, de rites et de codes, de rythmes et de choix, d'usages reçus et de coutumes pratiquées »³⁶⁵. Une soignante dans une clinique, déplore ne plus avoir de drap du dessus pour faire les lits mais des couettes ; et désormais, dans son service, le drap housse empêche le pli. Elle explique sa contrariété : elle ne peut plus dévoiler les subtilités de son métier, à ses stagiaires. « Ainsi le plaisir vient parachever l'activité qui se déploie »³⁶⁶, nous dit Aristote. Ici, la soignante, ne dit-elle pas que la beauté du geste *parachève* en quelque sorte son travail ? « Jeter une couette sur un lit, c'est rien », nous explique-t-elle.

Un objet qui relève de l'esprit, c'est-à-dire un objet qui a une signification, est « significatif » par cela justement qu'il dépasse son sens immédiat, qu'il exprime et expose une chose d'une portée spirituelle plus générale, tout un monde de sentiments et de pensées qui ont trouvé en lui leur symbole plus ou moins parfait, ce qui donne précisément la

³⁶⁵. Certeau, Michel de, Collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, op. cit., p. 240.

³⁶⁶. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, op. cit., p. 299.

mesure de sa signification³⁶⁷.

Ce savoir gestuel ne devient-il pas lui-même objet transcendant, objet-médiation ? technique du corps, « il est l'une des façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps »³⁶⁸.

La maîtrise de ces gestes nous permet de porter notre attention sur madame L, mais aussi sur notre collègue. Car pour cela, devons-nous attendre que la maladie sévisse ?

2. Un binôme ou un trinôme ?

« Binôme, du grec *nomos*, part, est un ensemble de deux éléments, de deux personnes »³⁶⁹. Nous pourrions envisager qu'il signifie, loi, du grec *nomos*, loi de deux personnes. Le souci porté à l'endroit de notre binôme, car c'est ainsi que nous aimons le nommer depuis une dizaine d'années, nous conduit à quelques renoncements.

L'action ne saurait échapper à la condition de la pluralité. Cela veut dire que pour chaque agent le résultat de l'action coïncide rarement avec son intention originaire. Cette condition exprime la dépendance de l'activité individuelle à l'égard du réseau des relations humaines³⁷⁰.

Pour laisser un espace à notre collègue, co-responsable dans cette action, nous allons renoncer à récupérer tout le drap mais, pas seulement. L'espace, autour du lit, donc, autour du patient est intuitivement évalué. Ni trop, ni pas assez. Mais dire binôme n'exclue-t-il pas inévitablement la troisième personne : le patient ?

Nous sommes bien trois dans cette proximité. Nous ne sommes plus dans

³⁶⁷. Mann, Thomas, *La montagne magique*, op. cit., p. 745.

³⁶⁸. Michel de Certeau en collab. avec Luce Giard, Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, op. cit., p. 285.

³⁶⁹. *Le petit Larousse illustré*, op. cit., p. 160.

³⁷⁰. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 26.

une dualité mais dans une « trialité ». Ce « nous » n'est pas un « je » à trois ; le « tu » s'interpose entre l'autre et le moi. « La personne est le soi, c'est-à-dire le pronom réflexif de toutes les autres personnes. Le « il » donne une profondeur à la relation duelle... Entre le « je » et le « tu », il est le dédoublement réflexif du « je » et du « tu »³⁷¹. Par un jeu de miroir, le « tu », patient ou soignant est comme « moi », et le « il » est comme pluralité, comme les autres. « Mais si c'est par l'autre que je deviens homme, je reçois également l'appel du tiers, qui est l'autre de l'autre tout en étant autre également pour moi »³⁷². La présence de l'un, la présence de l'autre nous assurent aussi de notre propre existence : nous sommes alors le « je » mais aussi le « tu » et le « il » de l'un et de l'autre. Il y aurait alors comme une réverbération ; bien souvent, le binôme se fait garde-fou ; grâce à elle bien des conduites niant l'autre ne peuvent être effectives. D'ailleurs, n'est-ce pas dans les lieux de soin les plus difficilement accessibles au regard extérieur que la maltraitance sévit ? Ce qui pose un réel problème éthique lorsqu'il s'agit de ne plus adresser les étudiants dans ces lieux, parce que justement ils sont maltraitants...

3. En son envol

Maintenant, il nous faut « retaper » l'oreiller, changer sans doute la taie qui a un peu transpiré ; notre binôme aide à relever la tête de la patiente nichée dans le creux de ses bras. Enfin, le drap du dessus est retiré progressivement par le côté ; et par le côté opposé, dans le même temps, pour ne laisser apparaître aucune nudité de Madame L., le drap de change, frais, est soigneusement déplié. Quelquefois, comme dans un tour de prestidigitacion, le drap, en son envol

³⁷¹. Ost, François, *Kafka ou l'en deçà de la loi*, in site internet recherches/théoriesdroit/articles. L'auteur se réfère à Ricœur, Paul, *soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 14.

³⁷². Cordier, Alain, « Pour une éthique de l'économie hospitalière à la lumière d'une lecture d'Emmanuel Levinas », in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, coll., sous la dir. de Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le-Mintier, Jean-François Mattei, Paris, Puf, 1997, p. 534.

recouvre le visage de notre patiente et furtivement, en un clin d'aile, se transforme en linceul. Alors, doucement, le lit, objet de toute notre attention, destitue notre patiente. Et à son tour, elle devient invisible. Puis dans une mécanisation toutefois souple du geste, le lit s'habille ; le tierce n'est plus dans notre intentionnalité. L'histoire de lit de fin de semaine, de notre collègue nous importe davantage. Il n'en est pas aussi sûr pour le malade. L'existence du binôme lorsqu'il est binôme clos sur lui-même peut négliger le troisième homme³⁷³. L'exclusion du patient est entamée, et à bien des égards, ne prend-il pas la position de valet ? En effet, la transparence du valet n'autorise-t-elle pas le maître à agir comme s'il était seul dans cet espace ? Rappelons-nous ces seigneurs qui, sans gêne aucune, se dénudaient devant leurs servants, ces derniers déconsidérés au point d'en devenir invisibles.

4. Comme dans un terrier

Le patient est alors confondu à son matelas.

Eh bien, c'est le bruit produit par le creusement de je ne sais quels animaux infimes qui ont scandaleusement profité du temps de mon absence ; en tout cas, ils n'ont pas la moindre mauvaise intention à mon égard ; ils ne sont préoccupés que de leur ouvrage et, tant qu'ils ne trouvent pas d'obstacle sur leur chemin, ils tiennent le cap qu'ils ont pris³⁷⁴.

Dans cette nouvelle, les propos du héros paranoïaque dans son terrier, paraîtraient-ils si incongrus dans la bouche de notre patiente ?

La présence de soi et pour l'un et pour l'autre, aussi bien du « je », du « tu » et du « il », ne nécessite-t-elle pas une équité dans cette relation triangulaire ? « Car ce qui est équitable, étant supérieur au juste envisagé en particulier, est juste

³⁷³. Kerbat-Orecchioni, Catherine, « Note sur le fonctionnement du *Trilogie* », in *Littérature*, n°93, Le partage de la parole, 1994, pp. 48-51.

³⁷⁴. Kafka, Franz, *Un Jeûneur et autres nouvelles*, Traduction de Bernard Lortholary, Paris, Flammarion, 1993, p. 153.

par cela même »³⁷⁵. Cela n'implique-t-il pas une attitude d'ouverture pour permettre l'émergence d'autrui, lui permettre de dire « je » ? « Les trois places sont équivalentes dans le triangle ; chacun est en ligne avec l'autre et chacune peut jouer le tiers »³⁷⁶. Deux soignants et un patient, le rapport éthique ne doit-il pas s'instaurer là où l'asymétrie est flagrante ? « Tous les hommes sont responsables les uns des autres, et moi plus que tout le monde »³⁷⁷. Ici, nous sommes responsable de nos actes, mais ne le sommes-nous pas davantage des actes de notre collègue ? Nous sommes responsable d'autrui qui répondra aussi de nous.

Si je suis seul avec l'autre, je lui dois tout ; mais il y a le tiers... Il faut par conséquent peser, penser, juger, en comparant l'incomparable. La relation interpersonnelle que j'établis avec autrui, je dois l'établir avec les autres hommes ; il y a donc nécessité de modérer ce privilège d'autrui ; d'où la justice³⁷⁸.

Mais ce qui est équitable même juste n'est ni réglementé ni légiféré ; ainsi le soignant doit pouvoir exercer sa capacité à apprécier la lacune pour pouvoir la combler.

5. Et la sonnette ?

Lorsqu'enfin, la réfection se termine, nous rebaissons le lit, en prévenant, si nous y pensons, Madame. La sonnette, tombée à terre, est remise à portée de main. Comme un cordon ombilical, elle garantit le lien entre la personne alitée, qui ne peut pas se mobiliser et les autres, l'équipe soignante. Il arrive parfois que nous la confisquions lorsque le malade du fond de son lit ne cesse de l'utiliser. Cet acte est bien un acte de représailles. Nous muselons en quelque sorte le patient,

³⁷⁵. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 162.

³⁷⁶. Serre, Michel, *Le parasite*, Paris, Hachette, 1980, p. 45.

³⁷⁷. Cordier, Alain, reprend une phrase de Dostoïevski, cité par Levinas, « Pour une éthique de l'économie hospitalière », in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, *op. cit.*, p. 533.

³⁷⁸ Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini*, *op. cit.*, p. 80.

puisqu'il ne peut plus signifier une demande. Nous faisons taire le symptôme (la sonnette) avant même d'en connaître les causes profondes qui, bien souvent, sont une anxiété, une perte de repères, une inquiétude, une douleur...

L'adaptable, la carafe d'eau et son verre sont rapprochés. La table de chevet, sur laquelle s'entête une photo de famille, est repositionnée. Aussi, que de fois une simple photo de celui que nous soignons, élargit notre pensée et nous éveille à nos ressemblances.

Les objets ainsi choyés naissent vraiment d'une lumière intime ; ils montent à un niveau de réalité plus élevé que les objets indifférents, que les objets définis par la réalité géométrique. Ils propagent une nouvelle réalité d'être. Ils prennent non pas seulement leur place dans un ordre, mais une communion d'ordre³⁷⁹.

Dans cette chambre, par le truchement de cette réfection de lit, ne sommes-nous pas engagées si ce n'est à l'ordre du monde, alors à moins de désordre ?

L'une des acceptions du vocable « engagement » est « l'acte par lequel on lie, on attache quelqu'un par un contrat, par une obligation, par une promesse³⁸⁰ ». Cet engagement ouvre sur le « je », c'est-à-dire l'implication dans quelque chose qui n'est pas soi. Il est alors comme une promesse de fidélité à cette intention qui est de rendre moins pénible le malheur. Le « je » affirme par son action de vérifier que le malade est confortablement installé, le « je » se considère capable de faire le bien. Alors « [...] la pointe d'orgueil qui naît de l'adhésion à un bonheur d'image » – un lit bellement refait – « reste discrète, secrète... C'est de l'orgueil en chambre »³⁸¹.

³⁷⁹. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, *op. cit.*, p. 74.

³⁸⁰. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 3, pp. 743-744.

³⁸¹. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, *op. cit.*, p. 9.

CHAPITRE XIV – SANS CONTRADICTION AUCUNE

1. Une plante verte

Lorsque Gregor Samsa s'éveilla un matin au sortir de rêves agités, il se retrouva dans son lit changé en un énorme cancrelat. Il était couché sur son dos, dur comme une carapace et, lorsqu'il levait un peu la tête, il découvrait un ventre brun, bombé, partagé par des indurations en forme d'arc, sur lequel la couverture avait de la peine à tenir et semblait à tout moment près de glisser³⁸².

Lorsque nous évoquons le lit, la référence à l'animal est bien souvent mise en exergue. Une ancienne hospitalisée nous délivre ce témoignage : « Mon corps allongé sous les draps, je n'avais que les yeux qui émergeaient ; j'avais l'impression d'être un crocodile dans la fange... ». « Tu le prends sous l'aile », nous disait avec tendresse Maguy. Mais les allusions ne se limitent pas aux êtres animés ; dans le tumulte du service de soins, ne parlons-nous pas quelquefois, et sans état d'âme de ce patient, en termes de « légume », « de plante verte » ? Le discours des proches recourt à ces comparaisons ; « Dépouillée de tout artifice, elle devient un végétal, une plante »³⁸³, dit l'auteure en parlant de sa mère gravement malade. L'horizontalité semble s'opposer non pas seulement à la

³⁸². Kafka, Franz, *La métamorphose et autres récits*, op. cit., p. 79.

³⁸³. Beauvoir, Simone de, *Une mort très douce*, Paris, Gallimard, 1991, p. 351.

verticalité mais aussi à l'élévation. Depuis longtemps, le danseur dans ses envolées, l'alpiniste dans ses escalades vers les cimes nous le montrent ; peut-être dans un désir de dépasser leur condition d'homme ? La verticalité emprunterait-elle au ciel sa valeur spirituelle alors que l'horizontalité, sa chute originelle ? Mais la verticalité n'est-elle pas destinée à l'horizontalité de la mort ? L'homme serait alors à la croisée de l'horizontalité et de la verticalité.

Entre tous les êtres, nous dit Aristote, l'homme est le seul qui ait une station debout, parce que sa nature et son essence divine lui octroient le privilège de penser et réfléchir³⁸⁴. Quand la pesanteur et le matériel viennent à l'emporter, le corps s'abaisse vers la terre, poursuit le philosophe ; aussi la nature a donné aux quadrupèdes, pour qu'ils puissent se soutenir, les pattes à l'avant et à l'arrière en guise de bras, de mains et de pieds. Aussi les tout jeunes enfants restent-ils immobiles, avant de pouvoir seulement ramper ; leurs muscles étant encore faibles. Parfois, lorsque le patient est alité, sous prétexte qu'il ne peut plus momentanément, ou pour toujours, répondre à ses besoins quotidiens, nous l'infantilisons. N'avons-nous pas tendance à le considérer comme un petit d'homme, parce qu'il ne peut se mobiliser ?

2. Si vous êtes sage

Bonjour ! Lui lança-t-elle gaiement, on me dit que vous avez passé une bonne nuit. Si vous êtes sage, j'essayerai tout à l'heure de vous faire boire un jus d'orange... Pourquoi lui parler comme à un enfant ? Elle est intelligente. Elle sait qu'il l'est aussi. S'ils s'étaient rencontrés ailleurs que dans un hôpital, elle se serait adressée à lui avec déférence et n'aurait pas eu l'idée de prononcer des mots aussi stupides que [...] Si vous êtes sage³⁸⁵ [...]

L'infirmière dans ce roman, infantilise le patient alité ; sa pensée et sa parole sont deux ; être en proie à cette duplicité, serait-ce déjà mentir ? Ici, l'infirmière

³⁸⁴. Aristote, *Les parties des animaux*, op. cit., p. 136.

³⁸⁵. Simenon, Georges, *Les anneaux de Bicêtre*, op. cit., p. 35.

emprunte l'esquive. L'esquive vient de l'italien « *schivare* », de « *schivo* » qui signifie dédaigneux. Elle est décrite comme « une action d'éviter un coup par un déplacement du corps, se soustraire habilement à³⁸⁶ », « une difficulté, s'y soustraire sans la résoudre³⁸⁷. » Ici, s'agirait-il d'éviter la rencontre ? Et de plus, une rencontre inévitablement risquée, puisque rencontre, et possible séduction ? Reléguer le patient à un statut d'enfant ne permet-il pas à l'infirmière dans cette situation, d'asseoir son pouvoir et d'éviter ainsi tout vacillement ? Nous pourrions penser que ce serait une manière d'accentuer cette inévitable asymétrie entre celui qui a besoin d'aide et celui qui délivre le soin.

Le malade ne devient-il pas au sort de la maladie, celui à qui nous indiquons, l'index à l'horizontal, le coin ; mais au coin, nous l'assignons pour mauvaise conduite.

3. « Des horizontaux »

Dans *La montagne magique*, l'œuvre littéraire de Thomas Mann, Joachim, pensionnaire du sanatorium répond à un autre malade qui l'invite au jeu de cartes :

Il faut que nous restions couchés, toujours couchés... Settembrini dit quelquefois que nous vivons horizontalement, nous sommes des horizontaux³⁸⁸. [...] Un peuple nomade qui était venu ici de toutes les parties du monde et qui avait définitivement accédé à la forme d'existence horizontale³⁸⁹.

À « Nous sommes des horizontaux », nous pourrions aisément comprendre : « nous sommes d'étranges animaux ». Horizontal vient du latin « *horizon* » et du grec « *horizein* », qui veut dire borné, stationnaire, inerte ; le stationnaire et le borné n'évoquent-ils pas la stagnation, le non progrès ? L'inertie ne nous renvoie-

³⁸⁶. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 430.

³⁸⁷. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française, op. cit.*, vol. 3, p. 149.

³⁸⁸. Mann, Thomas, *La montagne magique, op. cit.*, p. 86.

³⁸⁹. *Idem*, p. 369.

t-elle pas à l'inanimé, au figé, à la mort ? L'horizon est ce qui est parallèle à l'horizon. Il est ligne imaginaire qui fait mine de séparer la terre du ciel, le bas du haut, la matière de l'esprit. Mais la verticalité et l'horizontalité ne se définissent-elles pas l'une relativement à l'autre ? L'une est perpendiculaire à l'autre et réciproquement. Ainsi celui qui est couché, n'existe-t-il pas par celui qui est debout, et réciproquement ?

Physiquement, l'être le sentiment du refuge se resserre sur soi-même, se retire, se blottit, se cache, se musse. En cherchant dans les richesses du vocabulaire tous les verbes qui diraient toutes les dynamiques de la retraite, on trouverait des images du mouvement animal, des mouvements de repli qui sont inscrits dans le muscle... qui sollicitent en nous une primitivité³⁹⁰.

Mais poursuivons avec Aristote et son analyse ; il nous dit que les pattes finissent même par disparaître entièrement, et l'animal s'allonge au sol. Le philosophe nous explique qu'en allant un peu plus loin dans cette voie, nous assistons au passage de l'animal à la plante. La vie nous est commune ; pour le philosophe, la raison intègre en elle-même la vie faite de sensations, similaires à celles de l'animal, la vie végétative comparable à celle de la plante, et sans doute la vie minérale, partagée avec la roche.³⁹¹ « [...] Les êtres animés finissent par avoir le principe de vie tout en bas ; la partie qui avoisine la tête devient à la fin immobile et insensible ; l'animal passe à l'état de plante, ayant le haut en bas et le bas en haut.³⁹² » Mais déchoir le malade au végétal, n'est-ce pas une manière de se distancier de lui, de lui dans sa maladie, dans sa dépendance, dans sa déchéance ? Une salade a en effet plus de points communs avec le haricot vert, qu'avec nous-même. Les plantes, aguichées par la lumière vont se développer, s'extérioriser comme elles sont destinées à l'être. Mais l'homme, lui, n'échappe-t-il pas à toute prédétermination ? Le haricot vert et la salade sont « les moins intérieurs des

³⁹⁰. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, *op. cit.*, p. 93.

³⁹¹. Fiat, Éric, cours, master 1 de philosophie pratique, *op. cit.*

³⁹². Aristote, *Traité des parties des animaux et de la marche des animaux*, *op. cit.*

vivants »³⁹³, à la différence de l'homme, ils sont mais ne le savent pas.

Lorsque la maladie sévit, le corps ne devient-il pas abstraction ? Abstraction posée sur le lit ?

4. Patient couché, soignant debout

Le patient couché, est dans la rencontre avec le soignant ; celui-ci, pour accomplir son travail, doit maintenir une position verticale, mais pas seulement. En réalité, dans ses sabots, il est plutôt courbé. Pour celui qui ose, et qui le peut, la position assise est quelquefois adoptée. Elle est souvent dans le champ du soin un ustensile déconsidéré, car renvoie à un désœuvrement, une inactivité, une nonchalance du soignant. Il est préférable d'être vu agité qu'assis confortablement. La majorité de soignants n'osent pas s'asseoir durant un soin ; c'est pratiquement un tabou. Être assis pendant la réfection d'un pansement dénonce un manque de professionnalisme et la paresse. Être assise et travailler est quasi condamnable ; et pourtant être aisément installée pour une infirmière est en soi la garantie d'un soin effectué sans trop de précipitation. Dans certains, et seulement certains EHPADS, il est admis, autorisé que l'aide-soignante s'asseye près du résident pour l'accompagner à prendre son repas. La chaise, n'est-elle pas dans certaines situations, le meilleur outil du soignant ³⁹⁴? Aristote, le péripatéticien, n'encourageait-il pas la déambulation pour laisser libre cours à sa pensée ? La plupart des soignants qui, par un changement de fonction doivent rester assis, sont, dans un premier temps réellement désorientés. Et nous les

³⁹³. Hegel, Georg Wilhelm, *Encyclopédie des sciences philosophiques, II, Philosophie de la nature*, trad. par Bourgeois, Bernard, Paris, Vrin, 2004/1830, p.586 : « Ce Soi physique extérieur de la plante est la lumière, en direction de laquelle elle fait effort, de même que l'homme est à la recherche de l'homme. La plante a un rapport essentiel, infini à la lumière ; mais elle n'est encore qu'une recherche de ce soi qui est le sien » son soi est tourné vers le dehors, alors que l'animal vit un soi intérieur, sentant, avec l'animal apparait donc un soi intérieur. Sentant ce qui lui est extérieur et l'éprouve de plaisir ou de douleur.

³⁹⁴. Geoffroy, Michel, *La pensée médicale*, conférence UMLV, La Pitié Salpêtrière, 2009.

comprenons ; qu'en est-il du patient, condamné à une quasi immobilité ?

Le patient se trouve donc à mi-hauteur du soignant. Lorsque ce dernier ne daigne rehausser le lit, le malade demeure dans cette asymétrie prononcée. *Le Dictateur*³⁹⁵, dans le film de Charlie Chaplin, en recevant son homologue italien, joue de cette position physique pour concrétiser une supériorité : il est assis sur un fauteuil surélevé, et son invité sur un petit tabouret... Il arrive que le soignant, insoucieux, puisse abuser de ce pouvoir, car nous verrons que la vulnérabilité semble bien attiser l'assaut.

5. C'est lorsque vous voyez un nez, des yeux, un front...

Une patiente, hospitalisée dans un service de médecine, suite à une tentative de suicide médicamenteux, bénéficie d'un lavage gastrique, puis elle est mise sous contentions au lit. Perfusée, elle demande le bassin à maintes reprises pour pouvoir uriner. Afin d'éviter les déplacements, les soignants « décident » donc de la laisser toute la nuit sur le bassin. Nous sommes, ici, bien loin, du lit de confort, de réconfort, d'hospitalité que nous devons au patient qui, souvent, après avoir porté sa croix, échoue dans nos services. Dans ce contexte, le lit devient support de violence et la parole semble inexistante ; dans leur absence de pensée, nos « soi-niants » deviennent des tortionnaires. Notre malade-victime raconte qu'elle ne se reconnaît plus elle-même dans leur regard. Elle est dépouillée de son humanité. « Les infirmières, je ne les voyais que d'en dessous ; elles m'apparaissaient comme des monstres ; couchée, je ne voyais que les trous de leurs narines, leur menton recouvrait leur cou, leur bouche pincée... »

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 pas même remarquer la couleur de ses yeux !... La relation

³⁹⁵. Chaplin, Charles, *Le Dictateur*, film, États-Unis, 1940, 1 h 24.

avec le visage peut certes être dominée par la perception, mais ce qui est spécifiquement visage, c'est ce qui ne s'y réduit pas³⁹⁶.

Nous comprenons que par la violence de cette néanmoins rencontre, notre malade-victime, objectivée elle-même, ne peut que se focaliser sur une description physique, phénoménologique. Elle objective à son tour ce visage anti-épiphanie. Le « tu ne tueras pas » est enterré, et l'humanité de notre patiente est foulée de la main, cette même main, qui par ailleurs, est capable de beauté. « En de telles circonstances, c'est volontairement que l'homme agit ; la cause qui fait mouvoir ses organes réside en lui ; or avoir en soi-même le principe de ses actes, c'est avoir aussi en soi la possibilité de les exécuter ou non »³⁹⁷. Cet acte que nous pouvons qualifier d'humiliation est acte, dont le principe est intérieur à l'agent. Il est exécuté sans contrainte. Ici, nous n'évoquerons pas l'acte avec contrainte ; cette faute, autant qu'une bonne action relève de notre volonté. Nous ne pouvons pas nous en dédouaner sous prétexte qu'elle est mauvaise car, lorsqu'elle est honorable, nous l'assumons.

6. Supplice de la souche

Le supplice de la souche était d'usage jusqu'au XVIII^e siècle. Le bagnard, et non le patient, était attaché à un mortier fixé en terre, et il passait là jours et nuits, intempéries ou non, dangers ou non...

Au bagne de Toulon, rivés à leurs lits par une chaîne, la vie paraissait douce à ses locataires en comparaison du court treuil de Cayenne qui, en 1800, était une sorte de lit de camp sur le pied duquel était fixée une charpente de vingt centimètres d'épaisseur, sciée par le milieu dans la longueur afin de former une mâchoire dans laquelle on passait les jambes du prisonnier, que l'on refermait et que l'on vissait. « On pouvait s'asseoir jambes tendues, mais on ne pouvait pas se lever, et on restait huit jours dans cette position », écrit un ancien bagnard³⁹⁸.

³⁹⁶. Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini*, op. cit., pp. 79-80.

³⁹⁷. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, op. cit., livre III, chapitre 1, § 6, p. 74.

³⁹⁸. Dibia, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher*, op. cit., 153.

N'y a-t-il pas ici quelque ressemblance ?

Et si cette patiente était notre sœur, notre mère, notre fille, ou nous-même ?

Nous confirmons qu'il est idéaliste pour les soignants de s'en remettre à *Agape*, cet amour absolu, inconditionnel, sacrificiel qui exige l'oubli de soi en faveur de l'Autre. Car *Agape* serait la servante Anna, dans *Cris et chuchotements*³⁹⁹ ; elle se dévoue corps et âme à Agnès, malade incurable.

Faut-il éprouver de l'amitié pour soigner ? « [...] elle est absolument indispensable à la vie : sans amis, nul ne voudrait vivre, même en étant comblé de tous les autres biens »⁴⁰⁰. L'amitié, du latin *amicitia*, est « un sentiment d'affection profonde, de tendresse, de sympathie qu'une personne éprouve pour une autre ; l'amitié est la relation qui en résulte »⁴⁰¹. Elle est sollicitude ; elle nous porte à désirer le bien de notre ami ; plus encore, nous dit Aristote, elle nous mène à œuvrer pour son bien ; elle est « *telea philia* ». Ainsi mon ami partage-t-il aussi ma joie, pas seulement mon malheur. Elle n'est pas parce que l'Autre est utile ou agréable ; elle est là dans une bienveillante réciprocité. Elle peut exister parfois entre soignants, entre soignant et soigné. Et alors, elle embellit nos journées. Mais dans notre travail au quotidien, elle ne se révèle pas indispensable. Nous n'éprouvons pas de l'amitié pour tous nos collaborateurs, et pas davantage pour tous les patients car nous ne sommes pas des saints.

Le soignant, avant de porter sa blouse, ne promet pas d'aimer les malades. Il s'engage à les soigner. Les règles professionnelles nous le rappellent :

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience professionnelle quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard

³⁹⁹. Bergman, Ingmar, *Cris et chuchotements*, film, Suède, 1972, 1h30.

⁴⁰⁰. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 229.

⁴⁰¹. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, pp. 380-381.

et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie, ou son handicap et sa réputation⁴⁰².

Ne sont-elles pas de portée kantienne ? Les soins doivent être proposés à tous, avec la même conscience professionnelle. Le philosophe nous guide. Pour Kant⁴⁰³, le respect est le seul sentiment moral qui, grâce à la raison, nous permet de nous élever. C'est pour Kant, le seul sentiment moral. Le seul qui ne s'origine pas dans la sensibilité, mais dans la raison. Il nous soutient pour vivre notre métier d'homme, et plus précisément notre métier de soignant ; le respect pour le malade nous libère de nos penchants, qui ne sont pas immédiatement moraux. Le respect se ressourçe dans la considération de la loi morale. Ainsi, chacun la découvre à l'intérieur de sa propre raison, pas seulement en tant que soignant, mais aussi en tant qu'humain.

L'alitement implique une asymétrie, déjà pré-existante dans cette relation de soins. Oui, sans aucun doute, nous convoquons l'impératif catégorique kantien, parce que nous devons, sans tergiversation, sans exception aucune, respecter l'autre. Le respect vient du latin *respectus*, qui veut dire regarder en arrière. Il est le mouvement de l'homme qui suspend son activité pour consentir à porter son regard sur un autre que lui. C'est aussi regarder à deux fois, considérer quelqu'un une deuxième fois en mettant la première impression à distance, en résistant à la première impulsion⁴⁰⁴. Le respect est alors comme le dernier rempart, contre la méchanceté envers le vulnérable, en l'occurrence celui qui est alité. Ce n'est pas si nous voulons, ce n'est pas parce que nous voulons, c'est tout simplement parce que nous devons. Ce respect pour la loi est indissociable du respect pour l'homme, pour autrui et pour nous-même. Il est sans nulle contradiction et

⁴⁰². Code de santé publique, *Article R 4312-25*, 2004.

⁴⁰³. Kant, Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, *op. cit.*, p. 71.

⁴⁰⁴. Fiat, Éric, cours, master 2 de philosophie pratique, UMLV, 2009-2010.

universel. Mais Corine Pelluchon nous dit que « Dans le respect, l'universel écrase l'individualité »⁴⁰⁵. Respecter alors une personne c'est ne considérer que ce qu'il y a d'universel en elle, et oublier la singularité, l'individualité. Alors que « l'universel éclaire le particulier »⁴⁰⁶ ; il n'en demeure pas moins que dans la réalité de la fatigue, et bien souvent dans une institution où le soignant lui-même est déconsidéré, le respect quoique moins honorable, peut empêcher bien des dérives.

⁴⁰⁵. Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération*, *op. cit.*, p. 238.

⁴⁰⁶. *Idem.*

CHAPITRE XV – DU LOGIS À L’HABITAT

1. « Techniqué »

Le lit, dans le monde des « verticaux », peut être aussi symbole du sommeil des justes. Le pauvre sur son grabat, le riche sur sa luxueuse couche, y passe une bonne part de sa vie. On y naît, on y dort ; les rêves s’y prélassent, les insomnies y font aussi leur place... Dans certaines régions, comme en Alsace, le lit symbolise le transfert des pouvoirs et le passage des générations⁴⁰⁷...

Aujourd’hui, en milieu hospitalier, le lit peut être d’un confort considérable : matelas à eau qui, dit-on, est inspiré de matelas des bergers syriens ; électrique, le patient peut à l’aide d’une manette élever le dossier du lit, relever le matelas, adapter les différentes parties du contenant aux positions de son corps ; c’est le dedans du nid, qui impose sa forme, nous dit Bachelard, et de citer Michelet : « Au-dedans, l’instrument qui impose au nid la forme circulaire, n’est autre chose que le corps de l’oiseau. C’est en se tournant constamment et

407. Perrot, Michelle, *Jérémy Bentham, Le Panoptique, précédé de L’œil du Pouvoir, entretien avec Michel Foucault*, Paris, Belfond, 1977, p. 46.

refoulant le mur de tous côtés, qu'il arrive à former le cercle. »⁴⁰⁸ L'homme a pu rendre moins hostile la nature en l'observant, mais l'a également imitée, quand il le pouvait.

L'objet doit rester un outil ; il est au service du patient, mais quelquefois, l'inverse se produit.

Ce malade, en service de réanimation, pour qui la pesée doit être biquotidienne bénéficie d'un lit haut de gamme, avec système intégré pour la pesée ; il est dans une chambre sans porte, ni paravent. Le patient ne porte pas de pyjama, pour permettre de donner des soins en urgence si besoin. Deux fois par jour, donc, le soignant, lui retire le drap, le laissant nu comme un écorché, pour, nous dit-il, être au plus précis du chiffre réel du poids. N'est-ce pas là une situation, où nous pouvons dire que *L'homo faber* prend le pas sur *l'homo sapiens* ? « Il se pourrait, créatures terrestres, qui avons commencé d'agir en habitants de l'univers que nous ne soyons plus jamais capables de comprendre, c'est-à-dire de penser et d'exprimer les choses que nous sommes capables de faire »⁴⁰⁹. Le savoir-faire technique deviendrait-il une fin en soi ? Ne se clive-t-il pas de la pensée ? Il semble en effet vouloir comme se suffire à lui-même et devenir sa propre raison d'être ; mais plus encore, le rapport de l'être à la technique semble s'inverser ; ne devenons-nous pas, et le malade, et le soignant, subrepticement son objet, mais aussi objet de notre savoir, de nos connaissances ? Pour signifier que les « fonctions » vitales de ce patient sont maintenues, nous allons jusqu'à dire, non sans fierté cachée, que ce patient est « techniqué » ? L'homme, le soignant, le patient, n'est plus fin en soi, il est arraisonné à la machine ; il se confond à elle et, trop souvent, il s'efface bel et bien devant la

⁴⁰⁸. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, op. cit., p.101.

⁴⁰⁹. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 36.

technicité. Tel est le cas, lorsque nous nous installons pour veiller, dans la salle de soins, par écran interposé, celui qui s'apprête à mourir. Dans une pièce en face, il reste isolé de tous, et nous de lui. Ainsi nous pouvons battre en brèche notre impuissance devant l'irréversible et oublier ta mort et puis ma mort. Nous poursuivons notre évaluation, à l'aide des courbes apathiques, affichées sur le scope, qui comme les ombres projetées par le feu, dans l'allégorie de la caverne de Platon⁴¹⁰, nous font croire que c'est cela la réalité du mourir. Nous en oublions que ce ne sont que quelques-unes de ses virtualités, de ses ombres. Ainsi, il nous est même permis de parier sur l'heure de la mort très prochaine de celui qui est encore « techniqué ».

Alors, le lit du malade, peut-il être sa demeure, son habitat, provisoire de préférence ?

2. Loger ou habiter ?

Donc, le malade élit logis ; si habiter veut dire seulement prendre logis, nous pouvons alors déduire que le lit est habitat. Mais loger n'est pas habiter, nous enseigne Heidegger.

Nous disons d'une balle, qu'elle loge dans le bras. Le logement est un local dans lequel des corps et des objets peuvent s'insérer. Mais pour autant, pouvons-nous dire que l'ascenseur dans lequel nous nous introduisons est habitation ?

« Habitat », comme défini dans le dictionnaire, est une aire dans laquelle vit

⁴¹⁰. Platon, *La République*, Paris, Les Belles Lettres, 1989, pp. 145-146 : selon Platon, nous vivons dominés par nos sens et préjugés (La doxa, qui est l'opinion, les croyances), qui sont comme ces ombres de marionnettes projetées (par des marionnettistes, des manipulateurs) sur les parois de la caverne dont nous sommes prisonniers (désignant le monde sensible, le monde des illusions, notre prison), et que nous croyons réelles. Platon nous invite à sortir de la caverne, même si la lumière (de la vérité) est éblouissante au point de nous aveugler. Il s'agit de nous délivrer de notre ignorance par un travail rugueux sur soi, pour dépasser les aprioris, et nos croyances.

une population, une espèce animale ou végétale. Mais pouvons-nous dire qu'un animal, tout comme un végétal habite comme un homme ?

« [L'] habitation » implique « l'habiter » qui désigne le fait et la façon d'habiter. Quant à « habitude », nous comprenons que sa signification galvaudée est réduite à une pure répétition mécanique. « Le mot habitude est un mot trop usé pour dire cette liaison passionnée de notre corps qui n'oublie pas à la maison inoubliable »⁴¹¹. Et le poète d'illustrer la connaissance par notre corps de chair de notre dite demeure : après des années d'éloignement, nous rentrons un soir dans notre maison d'enfance, et dans la nuit nous trouvons sans tâtonnement, où se trouve exactement l'interrupteur pour éclairer l'entrée.

« Habitude », « habit », « habitat », trouvent leur source dans le latin *habitus* qui désigne la vertu accoutumée, dans le sens de qualités morales. En grec, « habitude » est *éthos*, qui signifie aussi coutume de la Cité ; il renvoie également à « éducation », qualité qui permet l'humanisation de l'homme. Donc oui, seul un homme peut habiter. Mais, « Nous ne parvenons, semble-t-il, à l'habitation que par le « bâtir »⁴¹².

3. Soigner, est-ce habiter ?

« Bâtir » s'enracine dans l'allemand *baunen*, qui signifie « habiter », « bâtir », non pas dans le sens de fabriquer, mais dans celui de « cultiver », « enclore » et « soigner » nous dit le philosophe. Nous pouvons dès lors, présager, puis penser ce que peut être une habitation. L'un de ses fondements n'est pas l'édifice géométrique, mais toutes les œuvres que nous accomplissons. Bâtir serait-il donc déjà habiter ? Et pourrions-nous dire que le soignant habite le

⁴¹¹. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, op. cit., p. 33.

⁴¹². Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, Saint-Armand, Cher, Gallimard, 1992, p. 170.

service ? Beaucoup disent « dans mon service, chez nous... ». Lorsque nous soignons, ne bâtissons-nous pas, dans le sens d'accomplir un ouvrage. Mais bâtir seraient aussi les œuvres que nous sommes.

Bauen, buan, bhū, beo sont en effet le même mot que notre *bin* (suis) dans les tournures *ich bin, du bist* (je suis, tu es) et que la forme de l'impératif *bis*, « sois ». Que veut dire alors *ich bin* (je suis) ? Le vieux mot *bauen*, auquel se rattache *bin*, nous répond : « je suis », « tu es », veulent dire : j'habite, tu habites⁴¹³.

Au-delà des théories fonctionnalistes, habiter n'est pas un acte qui se surajoute à d'autres actes, mais il est fondateur de tous nos comportements, de notre condition humaine⁴¹⁴. Habiter n'est pas seulement se protéger des dangers. « Habiter est la manière dont les mortels sont sur terre, « *bauen* », au sens d'habiter, se déploie dans un « *bauen* », qui donne ses soins, à savoir à la croissance »⁴¹⁵. Lorsque le soignant fait son métier de soignant, comme il se doit, il n'habite pas l'espace comme celui qui méprise le patient. Habiter, c'est donc remplir cet espace de soi-même, imprimer le lieu de sa présence ; c'est la manière d'être un habitant, d'être dans le monde. L'espace est teinté différemment, et le patient l'exprime par un « je suis content que vous soyez là ». Le soignant habite les lieux par ses mouvements, ses plaisanteries, le rythme de ses pas, la manière de coiffer madame G. Même le laps de temps pour répondre au patient qui sonne, est habité par chaque soignant... Ce dernier colore le service de son caractère, de son *ethos*, il habite le service. « Bâtir et Habiter sont l'un et l'autre dans la relation de la fin et du moyen »⁴¹⁶. Nous bâtissons parce que nous habitons ; nous habitons parce que nous bâtissons. Si nous habitons l'espace, dans lequel nous évoluons, le patient, enclos dans son lit l'habite-t-il ?

⁴¹³. Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, op. cit., p. 173.

⁴¹⁴. *Idem*, p. 174.

⁴¹⁵. *Ibidem*, p. 174.

⁴¹⁶. *Ibidem*, p. 171.

« Le trait fondamental de l'habitation est le ménagement »⁴¹⁷. Ménager est se soucier de l'*Autre*, le mettre à l'abri pour le préserver d'un surcroît de souffrance ; c'est l'épargner avec tact, sans tambour. « Le véritable ménagement est quelque chose de positif, il a lieu quand nous laissons dès le début quelque chose dans son être, quand nous ramenons quelque chose à son être et l'y mettons en sûreté, quand nous l'entourons d'une protection⁴¹⁸. N'est-ce pas ce que nous faisons, lorsque nous prenons soin de préparer ce lit ? Car la finalité de la réfection, n'est pas un beau lit, mais un beau lit ramené à l'être de notre patient.

4. Le vieux pont de bois

Mais pour que le lit soit habitation, ne doit-il pas comme nous le dirait peut-être le philosophe « [...] ménager le Quadriparti : sauver la terre, accueillir le ciel, attendre les divins, conduire les mortels, ce quadruple ménagement est l'être simple de l'habitation ? »⁴¹⁹. Le vieux pont de bois, que nous conte Heidegger, et sur lequel, nous pouvons imaginer Aristote se promener, rassemble le Quadriparti. « Le pont, à sa manière, rassemble auprès de lui la terre et le ciel, les divins et les mortels »⁴²⁰.

Le lit rassemble-t-il le quadriparti ? Essayons de cheminer, tout en nous maintenant à l'une des rampes du vieux pont de bois :

« Le pont laisse au fleuve son cours et en même temps il accorde aux mortels un chemin, afin qu'à pied ou en voiture, ils aillent de pays en pays [...] »⁴²¹. Sur ce lit, les rites de passage, accouchement, naissance, maladie, mort ne se déroulent-ils pas ? N'est-il pas, et de plus en plus, une halte, un passage

⁴¹⁷. Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, *op. cit.*, pp. 174.

⁴¹⁸. Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, *op. cit.*, p. 175.

⁴¹⁹. *Idem*, p. 190.

⁴²⁰. *Ibidem*, p. 181.

⁴²¹. *Ibidem*, p. 181.

habituel « par où va le mortel ? »⁴²². Permettrait-il, alors de ménager le séjour sur terre, en tant que séjour des mortels entre ciel et terre ? Ce lit permet aussi de rassembler autour de madame L., d'autres mortels, ceux qui se soucient d'elle, et lorsqu'eux-mêmes mourront, alors ce sera quelquefois leur présence jusqu'à la mort. Mais dans le tourbillon de la rentabilité, le lit hospitalier, ne devient-il pas juste un fond à exploiter, donc bien loin de ce que devrait être un habitat ?

« Le pont rassemble autour du fleuve la terre comme région »⁴²³. Si nous ne pouvons pas dire que le lit est fait de bois, nous pouvons confirmer qu'il est produit de matière première, produit de la terre. Mais celui ou ceux qui ont travaillé à cette fabrication de ce lit, ont-ils pu mieux appréhender le monde ? Ou bien, confondus à la machine-outil ne sont-ils pas plutôt, par la force des choses, rivés à leur boulon, sans jamais réaliser, prendre conscience de la réalité du produit fini ?

« Là même où le pont couvre le fleuve, il tient son courant tourné vers le ciel, en ce qu'il le reçoit pour quelques instants sous son porche, puis l'en délivre à nouveau »⁴²⁴. Dos au lit, à travers cette fenêtre, peut-elle accéder au ciel étoilé ? Ou bien la vitre, est-elle, dans cette chambre, derrière son chevet ? Ou tout simplement, ce service de réanimation se situe-t-il au sous-sol ? Son logis alors n'en devient-il pas aveugle ? Et lui qui est « *techniqué* », n'en devient-il pas muet ? Et puis trop souvent, dans cet espace aseptisé, le lit fait du jour la nuit, et de la nuit le jour ; déconnecté du cosmos, le cycle s'inverse. Il y a lui non pas dans l'espace, mais lui et l'espace ; non plus lui dans le temps mais lui et le temps. Le cercle infernal s'installe et le somnifère devient pour le patient, une nécessité. Continuons notre chemin :

⁴²². Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, op. cit., p. 191.

⁴²³. *Idem*, p. 180.

⁴²⁴. *Ibidem*.

Il est l'élan qui donne un passage vers la présence des divins : que cette présence soit spécialement prise en considération et visiblement remerciée comme dans la figure du Saint protecteur du pont, ou qu'elle demeure méconnaissable, ou qu'elle soit même repoussée et écartée⁴²⁵.

Au-dessus du lit, ne figure plus une croix⁴²⁶ ; bien souvent, le passage dans un lit d'hospitalisation, ne renvoie-t-il pas à notre questionnement sur le divin ? « Mais qu'ai-je fait au bon Dieu pour mériter ça » disent certains. Comme si la maladie continuait encore à être celle qui expie la faute. Bien souvent, alité, nous espérons que Dieu donne un sens à notre existence, que demain sera un autre jour, meilleur que celui-ci. Mais parfois aussi, nous doutons de son existence. Et s'il existe, nous aime-t-il ? « Ce sont vos mains qui m'ont fait et m'ont façonné dans tout mon être. Et c'est ainsi que tout d'un coup vous me précipitez ⁴²⁷ ? » implore Job, lorsque la maladie le réduit à la misère, et qu'il est accablé par l'abandon de tous.

Il y a quelquefois, à portée de lit, quelque chapelle dans un coin aménagé pour la prière ; même si ce n'est pas le seul lieu de rencontre avec le divin, car le divin parce qu'il est divin est aussi dans l'être, ce temple, malgré tout reste inaccessible pour celui qui doit rester alité.

5. Comme un métier à tisser

À cette étape de notre recherche, il nous semble que si le lit hospitalier peut répondre aux exigences des experts de la Haute Autorité de la santé, il ne rassemble pas toutefois, le Quadriparti. Il serait en conformité avec les normes habituellement énoncées de matériovigilance, de confort, de sécurité, d'hygiène, d'ergonomie ; mais, il reste bancal, avec seulement deux pieds : le mortel et,

⁴²⁵. Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, op. cit., p. 180.

⁴²⁶. Fiat, Éric, *Grandeurs et misères des hommes petit traité de dignité*, Paris, Philosopher Larousse, mars 2010, pp. 9 et 193.

⁴²⁷. *Le Livre de Job*, Introduction critique, traduction française et commentaires par M. L'abbé H. Lesêtre, Nouvelle Édition, 2012, Chapitre X, p. 80, paragraphe 8 : « *Manus tuae fecerunt me, et plasmaverunt me totum in circuitu ; et sic repente praecipitas me ?* »

l'universel divin.

Souvenons-nous du lit d'Ulysse ! « Il a dans sa structure, quelque chose de très particulier, ce lit curieusement fait »⁴²⁸ ; et le héros de raconter qu'il en est lui-même auteur, il le bâtit de ses mains et de ses rêves, en l'habitant déjà. « Le gothique *wunian*, demeurer, signifie aussi être content, mis en paix, demeurer en paix »⁴²⁹. Ce lit, à partir de l'olivier, arbre de paix, Ulysse le crée sur la terre, tout en ménageant celle-ci. Ce lit merveilleux y est bien enraciné. Il prolonge sa fertilité sans l'épuiser. Il devient un meuble immobile, in-transposable, unique ; par sa stabilité, cet objet soutient la conscience d'être soi. Lorsque nous passons une nuit dans un autre lieu que celui dans lequel nous avons pour habitude de nous endormir, il y a comme un temps de flottement au réveil ; nous ne savons plus où nous sommes, et c'est bien l'objet que nous voyons qui nous rappelle au lieu mais aussi à nous.

Mais il suffisait que, dans mon lit même, mon sommeil fût profond et détendît entièrement mon esprit ; alors celui-ci lâchait le plan du lieu où je m'étais endormi, et quand je m'éveillais au milieu de la nuit, comme j'ignorais où je me trouvais je ne savais même pas au premier instant qui j'étais ; j'avais seulement dans sa simplicité première, le sentiment de l'existence comme il peut frémir au fond d'un animal ; j'étais plus dénué que l'homme des cavernes ; mais alors le souvenir - non encore du lieu où j'étais, mais de quelques-uns de ceux que j'avais habités et où j'aurais pu être - venait à moi comme un secours d'en haut pour me tirer du néant d'où je n'aurais pu sortir tout seul⁴³⁰.

Après son périple odysseén, Ulysse reste soi-même, la même personne, et son identité se reconnaît elle-même à travers cet objet. Pour défendre ce dernier, Pénélope fait et défait un métier à tisser, lequel rappelle curieusement un

⁴²⁸. Homère, *L'Odyssée*, traduction, introduction, notes et index par Médéric Dufour et Jeanne Raison, Paris, Flammarion, 1965, p. 328.

⁴²⁹. Heidegger, Martin, *Essais et conférences*, *op. cit.*, note de bas de page, p. 175.

⁴³⁰. Proust, Marcel, *À la recherche du temps perdu, Du côté de chez Swann*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la pléiade, 1987, p. 5.

sommier. Certains auteurs⁴³¹ disent que cet ouvrage serait une appropriation du lit conjugal par l'épouse... Oui, ce lit est un habitat, rassemblant la terre, le ciel, le mortel et le divin !

Revenons au chevet de notre patiente.

Elle se trouve être à l'extérieur de son domicile, domicile qui n'est peut-être pas une habitation ; mais *L'homme habite en poète*⁴³², nous dit Heidegger, en reprenant un vers de Hölderlin. « Quand un voisin, dans ma demeure parisienne, plante trop tard des clous dans le mur, je “ naturalise le bruit ” »⁴³³. D'imaginer ces dissonances, en tambourinage d'oiseau, de pivert, peut-être, les adoucit certainement. Mais lorsque le malade est dans un lit d'hôpital, peut-il encore y avoir poésie ?

Nous ne revenons pas sur la nécessité d'avoir un domicile ; car pour habiter, il faut avoir un domicile, être domicilié quelque part, être protégé par les intempéries et les menaces.

⁴³¹. Frontisi-Ducroux, Françoise, *Ouvrages de dames, Ariane, Hélène, Pénélope...*, Paris, Seuil, 2009, p. 186.

⁴³². Heidegger, Martin, *Essais et conférences, op. cit.*, p. 224.

⁴³³. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace, op. cit.*, p. 98.

CHAPITRE XVI – ESPACE PRIVÉ, ESPACE PUBLIC

1. Un coin du monde

« [...] Mis à la porte, hors de l'être de la maison, circonstance où s'accumulent l'hostilité des hommes et l'hostilité de l'univers⁴³⁴. »

Elle est séparée de ses repères, hormis cette photo sur sa table de chevet, qui lui sert de point d'ancrage ; dans ce moment, où son corps la lâche, ce dénuement n'est-il pas, renforcé par un sentiment de finitude ? Alors, en quoi une attention portée aussi au lit va nous aider à prendre soin de la patiente ? Nous le savons, l'hôpital n'est pas un lieu de tout repos, pour les soignants, et encore moins pour les patients ! Nous comprenons qu'ici au chevet du patient, le corps est plus qu'*Idée*. Il est une réalité qui se heurte à ses limites. La patiente reste prisonnière de son corps, de ce corps qui l'a trahie. Elle reste également prisonnière de et dans ce lit qui, tour à tour, ou tout à la fois, est support et contenant.

Ménager ce coin, dans ce lieu étrange diminue peut-être ce sentiment d'hostilité. « Mais d'abord le coin est un refuge qui nous assure une première

⁴³⁴. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, *op. cit.*, p. 26.

valeur de l'être : l'immobilité. Il est le sûr local, le proche local de mon immobilité »⁴³⁵.

L'être dans son immobilité physique poursuit sa croissance, et le lit, renvoie par sa « rondeur pleine »⁴³⁶, au lit utérin. Le divan de Freud, lit revisité, n'est-il pas inspiré de son expérience hospitalière ?

« Regardez, même son lit n'a pas été fait... » ; cette phrase quelquefois prononcée sur le ton du reproche ou, et, du désarroi illustre cet aspect symbolique dans le champ du soin. Elle sous-entend que si le lit n'a pas été fait, le proche malade n'a pas été soigné. Le lit, en quelque sorte, devient prolongement du corps. Le paralytique guéri par le Christ, ne reçoit-il pas l'ordre de porter son lit ? D'aucuns disent que c'est de son corps dont il s'agit, corps raffermi par les péchés lavés. Et puis plus loin, dans un autre lieu, l'automobiliste ne fait-il pas corps avec son véhicule ? Lorsque celui-ci est frôlé par un autre conducteur, c'est son propre corps qui est alors touché⁴³⁷ ; ce qui nous aide non pas à justifier mais à mieux comprendre la véhémence de beaucoup de conducteurs !

Quelquefois, le patient ne souhaite pas investir ce lieu-lit ; pour lui ce serait se familiariser avec la maladie, en faire sa compagne ; ne pas investir ce lit de malheur, serait alors une conjuration de la maladie. Nous accueillons une femme de quarante-cinq ans, hospitalisée pour un cancer des voies digestives, malheureusement métastasé. Elle refusait farouchement de se mettre au lit durant les deux dernières semaines de sa vie ; lorsque nous lui demandions pour quelle raison, aucune n'était exprimée. Son fauteuil était devenu son lit. Et à ce titre, nous aménagions ce coin. Nous pensions que cela permettait à notre patiente de

⁴³⁵. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, op. cit., p. 131.

⁴³⁶. *Idem*, p. 211.

⁴³⁷. Dejours, Christophe, *Le travail*, conférence, UMLV, 2010.

pouvoir habiter avec moins d'inquiétude en son intérieur. Cependant, elle accepta de s'aliter deux jours avant son décès.

2. « Condensation de l'être »

Nous le savons, notre conscience de nous-même n'est jamais atteinte à la perfection. Car quand bien même il nous semble enfin l'atteindre, déjà, nous ne sommes plus le même. Mais une « condensation de l'être », un rassemblement de soi, peut aider à s'ouvrir à l'autre, aux autres.

Bien souvent, lorsque les affres du corps assagi ne font plus parler d'elles, et qu'elles laissent un peu de répit, ce coin aménagé, ne permet-il pas à défaut de repos, un retour sur soi, un recueillement sur soi ?

L'homme se tient dans le monde comme convenu vers lui à partir d'un domaine privé, d'un chez soi, où il peut, à tout moment se retirer. Il n'y vient pas d'un espace intersidéral où il se posséderait déjà et à partir duquel il aurait, à tout moment, à recommencer un périlleux atterrissage. Mais il ne s'y trouve pas brutalement jeté et délaissé. Simultanément dehors, et dedans, il va au-dehors à partir d'une intimité⁴³⁸.

Parfois, nous devinons, en percevant le tremblement contenu de ses paupières, que notre malade a baissé le rideau. C'est bien là, une manière qui lui reste de verrouiller comme il le peut sa demeure. Un moment pour le patient, peut-être, de s'en retourner en son centre, de se rassembler, et d'essayer d'habiter sa demeure intérieure, malgré les allers et venues, le roulement des chariots, les éclats de rire de Nadia et de Thierry... Mais la porte est, heureusement fermée.

3. Livide

Certains patients somment le soignant de faire le lit, de changer les draps plus que nécessaire...

⁴³⁸. Levinas, Emmanuel, *totalité et infini*, op. cit., p. 162.

D'autres, font eux-mêmes leur lit. D'autres semblent gênés que nous puissions ouvrir leur drap, comme s'il s'agissait de la porte de leur domicile, ou bien par crainte de livrer un désagréable spectacle... « Georges était humiliée par la nature de son mal : “une si vilaine maladie”, disait-elle. Cette femme pudique, silencieuse sur son corps, redoutait d'infliger aux siens la vue de ses draps souillés⁴³⁹ ». Le privé, le public, ces deux sphères sont-elles aussi cloisonnées ?

Nous sommes dans un service de médecine. « En trouvant le lit vide, l'infirmière s'est trouvée mal, elle a failli tomber raide, elle était livide... ». Ainsi témoigne Nadia, soignante. La patiente hospitalisée pour des douleurs abdominales, s'était physiquement éclipsée ; voici son histoire, telle que cette même patiente a accepté de nous raconter :

« J'ai fugué dans le parc ; je me sentais prisonnière dans ce lit ; les soignants voulaient toujours me trouver là dans mon lit ; le drap et l'alèse en caoutchouc, comme si j'allais pisser au lit, me collaient à la peau ; il y avait la canicule ; je macérais dans mon jus ; le lit était le lit de la honte. Si j'avais été locataire, je me serais bouclée à double tours ; tu es toujours sur le qui-vive ; on n'a pas le temps de souffler ; tu as toujours quelqu'un : ou c'est pour te mettre le thermomètre dans le cul, ou c'est pour ton comprimé, ou c'est le médecin. Ils sont comme chez eux, tu es à leur disposition... »

Ici, la patiente semble subir une violation d'un espace privé. Privé, nous dit le dictionnaire, est du latin « *privatus* », il est ce qui est strictement personnel, intime. Il est ce qui n'est pas ouvert à tout public. Intimité, est ce qui est intime, du latin « *intimus* », superlatif de « *interior* », donc le plus intérieur. Il peut être ouverture à l'autre, lorsque nous sommes intimes avec quelqu'un. Mais ici, il

⁴³⁹. Perrot, Michelle, *Histoire de chambres, op. cit.*, p. 310.

s'agit d'intimité-fermeture à autrui. La séquence du thermomètre évoque la brutalité ressentie par la patiente. La malade ne signifie-t-elle pas qu'elle est sous le regard constant d'autrui jusque dans ses intestins. D'ailleurs, intestins et intimes ne sont-ils pas de la même origine étymologique ? La patiente sort de son lit, dans le parc, à l'extérieur pour pouvoir retrouver son intimité.

4. Moitié murs

Retournons auprès de madame L. Plus que jamais, c'est ici, dans cette chambre qu'elle se révèle à elle-même, *homme-dasein* ; ici sa finitude, se rappelle à elle. Elle est mortelle. Nous savons que nous allons mourir mais les moments où notre conscience saisit cette vérité, sont rares et fugaces. En outre lorsqu'ils se présentent, nous en sommes bouleversés. Certains patients semblent l'exprimer à mi mot, et nous disent : « Je ne serai plus comme avant. » Être, naît de ce que signifie pour nous ne pas être. Dostoïevski, a vécu une expérience dans laquelle, sa conscience a saisi la « possibilité de l'impossibilité de l'existence »⁴⁴⁰, possibilité de sa mort imminente ; engagé dans un groupuscule révolutionnaire, il est confronté à un simulacre d'exécution organisé par le Tsar Nicolas Ier. Dans *l'Idiot*, il revient sur cet événement et fait dire au prince Mychkine auprès des trois filles de la générale Épanchkine l'histoire d'un condamné à mort :

Mais je préfère vous raconter l'histoire d'une autre rencontre que je fis l'année passée. Il s'agit d'un cas fort curieux, curieux par sa rareté. L'homme dont je vous parle fut un jour conduit à l'échafaud avec d'autres condamnés et on lui lut la sentence qui le condamnait à être fusillé pour un crime politique. Vingt minutes plus tard on lui notifia sa grâce et la commutation de sa peine. Pendant les quinze ou vingt minutes qui s'écoulèrent entre les deux lectures, cet homme vécut dans la conviction absolue qu'il allait mourir dans quelques instants. J'étais extrêmement curieux de l'entendre évoquer ses impressions, et plusieurs fois je me suis plu à le questionner à ce sujet. Il se rappelait tout avec une netteté extraordinaire et il disait qu'il n'oublierait jamais rien de ce qui s'était passé pendant ces quelques minutes [...] Cet homme me déclara que ces cinq minutes lui avaient paru sans fin et d'un prix inestimable. Il lui sembla que, dans ces cinq minutes, il allait vivre un si grand

⁴⁴⁰. Heidegger, Martin, *Être et temps*, *op. cit.*, p. 317.

nombre de vies qu'il n'y avait pas lieu pour lui de penser au dernier moment⁴⁴¹.

Dans ce passage, l'auteur décrit le bouleversement existentiel dû à la conscience de la mort, suscitée ici par la connaissance exacte de la date de sa mort. À l'hôpital, il est heureusement de plus en plus rare que le médecin, dépassant son rôle de médecin, dise au patient : « vous en avez pour trois mois ! ».

Ce lit, « [ce] coin est une sorte de demie-boîte, moitié murs, moitié porte »⁴⁴². Moitié mur, car c'est ici que, quelquefois, une étrange respiration, rauque, sifflante ou timide à la fois, semble péniblement se frayer un chemin d'un thorax armure. Sa tête sur le chevet, le nez s'effile. Et quelquefois nous l'imaginons baguette de sourcier, comme moyen de divination pour s'entretenir de quelque mystère avec l'au-delà. Les joues creuses se tannent et s'affinent au fur et à mesure que passent les heures... dans son lit, la mobilité de notre patient est presque imperceptible. Le geste est lent, sa tête se tourne légèrement. Ses paupières sont comme en apesanteur, et s'il arrive à dire quelques mots, il les écrit dans cet espace avec application. Dans l'instant où nous posons sa nuque dans le creux de nos bras pour le réinstaller, monsieur T rend son dernier souffle ; c'est son dernier souffle et nous ne le savions pas. L'avant est presque à notre portée, mais tout comme l'eau que nous n'arrivons pas à saisir dans nos mains, l'avant s'est échappé, il est maintenant dans le monde du passé. Dans toutes les langues, souffle signifie âme. Celui que nous aidions, nous a fait saisir qu'un jour nous cesserons d'être.

Monsieur T a-t-il choisi ce temps opportun de rencontre pour rendre son âme ? Était-ce cela le *Kairos* dans sa signification la plus radicale ? Le *Kairos* est une « allégorie de l'occasion favorable souvent représenté sous forme d'un éphèbe

⁴⁴¹. Dostoïevski, Fédor Mikhaïlovitch, *L'idiote*, 1, trad. par Victor Derély, Paris, Plon, 2015/1887, p. 30.

⁴⁴². Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, *op. cit.*, p. 131.

aux talons et aux épaules ailés »⁴⁴³. Le *Kairos* est le dieu grec de l'occasion opportune. « Il est souvent représenté comme un jeune homme ayant une épaisse touffe de cheveux à l'avant d'une tête chauve à l'arrière ; il s'agissait de le saisir par les cheveux lorsqu'il passait [...] toujours vite »⁴⁴⁴. Nous pouvons traduire *Le Kairos* par « *opportunitas* » en latin, par occasion, en français. Il est de fait dans l'ici et le maintenant.

Monsieur T. n'a-t-il pas saisi ce moment opportun de rencontre pour mourir ? Ce *Kairos*, ne nous permet-il pas d'être témoin, garant jusqu'au bout de l'irréductibilité de l'humanité de l'autre ? « Nous sommes réponse, nous sommes dire, avant même d'être capable du dit, de soin, de jugement, de gestion »⁴⁴⁵. Dans ce moment de grâce, tout semble s'accorder, se réconcilier pour permettre au patient, dans ce lit, de ne pas mourir dans la solitude ; au soignant, il permet d'être reconnaissant d'avoir pu être présent. Oui, notre beau lit est aussi le lit du mourir. Comment ne pas être confronté à notre propre finitude ? Et lorsque la mort est confirmée, nous emmaillottons alors le mort d'un linceul, ou plutôt « lincueil, [...] comme cercueil »⁴⁴⁶. Ce matin, avant le passage de « la reine des épouvantes »⁴⁴⁷, nous tendions le même drap, sous le patient. Et maintenant, nous pensons que la blancheur froide de cette toile de lin, n'est pas symbole de pureté. Dans certains services, le patient décédé est recouvert par un drap puis au niveau de la tête, le tissu est noué d'un tour de main tellement tonique, que nous pouvons penser qu'il s'agit là de s'assurer de la solidité du nœud, comme si la mort pouvait s'échapper du défunt pour venir nous emballer à notre tour. Le corps est par la suite transféré à la morgue sur un brancard qui ressemble curieusement à un lit-berceau. Ensuite,

⁴⁴³. L'Encyclopédie de l'Agora, <http://agora.qc.ca/encyclopedie/index.nsf/impression>.

⁴⁴⁴. *Idem*.

⁴⁴⁵. Cordier, Alain, « Pour une éthique de l'économie hospitalière », in *Philosophie, éthique et droit de la médecine, op. cit.*, p. 533.

⁴⁴⁶. Dibia, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher, op. cit.*, p. 73.

⁴⁴⁷. Expression de Paul Ricoeur.

pour désinfecter le lit, nous le dénudons : les draps, taies d'oreiller sont déposés dans le bac à linge sale. *A priori*, ce temps serait un temps mort mais il n'en est rien. Au-delà de la propreté, leurs gestes accompagnent les soignants, et les engagent dans une narration, à la mémoire de celui qui était. Souvent cette activité de désinfection de chambre est faite à plusieurs pour alléger en quelque sorte cette confrontation avec notre mortalité. « Entre nous et notre couche, entre nous et la terre dure, entre nous et nos larmes »⁴⁴⁸. Oui, quelquefois de la tristesse pour autrui mais aussi pour ses proches et pour soi-même s'empare du soignant ; ce n'est pas le « on » qui meurt, mais bien monsieur R. que nous côtoyons quotidiennement. La fameuse distance professionnelle est alors dégradée de son piédestal, d'ailleurs elle n'a plus aucun sens dans un moment qui accueille notre « authenticité », notre « être-pour-la-mort ». Il s'agit là d'un temps vécu bien souvent avec une pleine conscience, dans une atmosphère quasi retranchée de la turbulence du service hospitalier.

5. Moitié porte

Mais ce lit, disions-nous est aussi un « coin moitié porte ». Comme ce malicieux poisson-renard, il permet le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur. Mais l'intérieur et l'extérieur sont-ils aussi cloisonnés ? « L'être est tour à tour condensation qui se disperse en éclatant et dispersion qui reflue vers un centre. L'en dehors et l'en dedans sont tous deux « intimes » ; ils sont toujours prêts à se renverser, à échanger leur hostilité⁴⁴⁹».

Notre dame, n'est pas seulement « *dasein* », « l'être-pour-la-mort », elle est aussi face aux autres. Cet extérieur devient son intérieur. Elle est dans une chambre.

⁴⁴⁸. Proust, Marcel, *Jean Santeuil*, Tours, Gallimard, 1971, p. 863.

⁴⁴⁹. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, *op. cit.*, p. 196.

Lorsque nous évoquons la mort, en un heureux balancement, *éros* surgit. Que dire de l'appellation lit-tombeau⁴⁵⁰? Si le lit est lieu de naissance, lieu de mort, il est dans nos cultures, lieu d'amour.

Dans ce lit d'hôpital, le malade doit se garder de toute expression amoureuse au soignant ; nous comprenons que l'inverse est également raisonnable du fait d'une évidente asymétrie inhérente à la relation soignant-soigné. Nous admettons que ce principe, et cette règle déontologique pour le soignant, évite bien du désordre.

Tout soignant s'est vu un jour ou l'autre s'embarrasser d'une situation cocasse ; parfois, s'enrôlant lui-même à veiller dans le couloir, que les ébats amoureux de deux comparses, malade-proche, ne soient ni contrariés, ni révélés... Il va sans dire que cette garde incongrue n'est pas sans sentiment de gêne pour le soignant. « L'amour physique ne correspond pas à un besoin naturel comme le boire, le manger ou le dormir. N'est-il pas désir, travesti en besoin⁴⁵¹ ? » Par ailleurs, ces expressions amoureuses, relèvent, dirons-nous de la sphère privée. Cette dernière n'est plus la même que celle des Grecs anciens, c'est-à-dire lieu de satisfaction des besoins vitaux. Nous ne pouvons enfreindre cet espace qu'avec l'autorisation du malade, mais le lit est dans une chambre, et cette chambre est dans un lieu public. L'espace publique est un espace commun. Cette pièce est en principe un territoire provisoire occupé par le patient, mais pas seulement. Elle est aussi souvent lieu de soins ; de fait, elle est lieu de passage. Et négliger ce caractère, entrave le travail des professionnels. Si le patient doit avoir son espace privé, il en va de même pour le « *je* » et le « *il* ». Et sinon, ne pouvons-nous pas

⁴⁵⁰. Dont le ciel est plus élevé vers la tête que vers les pieds. Caractérisé par un baldaquin qui forme une pente de la tête au pied.

⁴⁵¹. Folscheid, Dominique, *Sexe mécanique, la crise contemporaine de la sexualité*, Paris, La table ronde, 2002, p. 94.

dire qu'il y a empiètement dans l'intime de cet espace public ? Le patient doit donc respecter ce territoire.

[...] Nous avons à comprendre la division capitale entre domaine public et domaine privé, entre la sphère de la polis et celle du ménage, de la famille, et finalement entre les activités relatives à un monde commun et celles qui concernent l'entretien de la vie⁴⁵².

L'entretien de la vie, se déroule ici dans un lieu public ; cette confusion des sphères, n'implique-t-elle pas une bipolarité ? La chambre, dans laquelle se trouve le lit, n'est-elle pas les deux à la fois : privée et publique ?

De préserver l'espace public, *polis*, c'est nous dit Aristote, permettre à l'homme d'être un animal politique⁴⁵³ (*Zôon politikon*). Il est un lieu de la citoyenneté. Seul l'esclave n'a que de vie privative, privée donc des autres. Le public nous dit le dictionnaire « est ce qui concerne la collectivité dans son ensemble ou qui en émane. Qui est à l'usage de tous, accessible à tous »⁴⁵⁴. Négliger cet espace public, c'est donc mettre en péril, la relation que l'homme a avec lui-même, donc avec les autres. Il nous semble que négliger une sphère, se répercute ainsi sur l'autre. Ainsi nous pouvons entrer dans la chambre, après avoir frappé à la porte et après avoir entendu « entrez ». Par conséquent, le malade n'hésitera pas à fermer son journal, en nous voyant face à lui.

Puissions-nous être guidé par la loi morale kantienne, ici, le respect.

6. Quel garnement !

Et puis, lorsque la compagne de monsieur G, s'allonge auprès de lui, nous pensons : « Mais où se croit-elle pour s'allonger comme ça ? » ; « ils feront ça

452. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, op. cit., p. 65.

453. Aristote, *La Politique*, I, trad. par P. Pellegrin, Paris, Garnier-Flammarion, 1990/ environ [325-323 av. J.-C.], p. 91-92.

454. *Le Petit Larousse illustré*, op. cit., p. 877.

chez eux », renchérit notre collègue. Ces réflexions fusent, sans que l'une ou l'autre des personnes visées ne soient dévêtues ou, comme nous disons, passent à l'acte ; implicitement, les personnes hospitalisées doivent bien se tenir, la proximité amoureuse frôle le sacrilège. Qu'est-ce à dire ? Peut-être un détour par *Éros* et par le sacré, nous aidera dans notre réflexion.

« L'érotisme est l'évocation de l'amour physique »⁴⁵⁵. Dieu de l'Amour, il est fils de *Poros*, l'abondance et de *Penia*, la pauvreté. « *Éros* est donc par essence un médiateur : rassembler ce qui est divisé, voilà sa mission, à tous les niveaux »⁴⁵⁶. Est-ce dire qu'il rassemble le corps et l'âme ? Les corps et les âmes ? N'est-il pas intrus, étranger, ce garnement, dans ce service où Dieu est d'essence cartésienne, et pour lequel, la division du corps et de l'âme est une condition vitale ?

Parfois, le patient dit ne pas reconnaître, ne pas comprendre son corps. Il devient un corps désinvesti par lui, un corps organique (*Körper*, en allemand), objet de traitement, d'investigation technoscientifique ; il n'est plus corps de chair (*leib*), par lequel il vibre, mais un corps chosifié, non-érotique. Nous pouvons dire que *Éros*, dans la Cité, a chassé *Thanatos*. « Hier on mourrait en public et faisait l'amour dans le secret de l'alcôve. Aujourd'hui, on meurt en cachette, on cache le cadavre, mais le sexe envahit tout⁴⁵⁷ ». Il n'est plus question de veiller nos moribonds, et il est de bon ton par exemple de ne pas être choqué devant une affiche publicitaire où pose un homme ou une femme simulant le désir sexuel ; mais, dans ce temple qu'est l'hôpital, *Prométhée* dans sa toute-puissance ne rend-il pas presque saisissable, la mort ? Puis, ne tend-il pas, tambour battant, à évincer, *Éros*, l'ennemi juré de *Thanatos* ? Ni *Éros*, ni *Thanatos* ? *Prométhée*, serait alors

⁴⁵⁵. *Le Petit Larousse illustré*, op. cit., p. 426.

⁴⁵⁶. Folscheid, Dominique, *Sexe mécanique, la crise contemporaine de la sexualité*, op. cit., p. 126.

⁴⁵⁷. Thomas, Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot, 1975, p. 273.

le sacré.

Cela fait penser, en moins hiératique à une cérémonie religieuse. Les malades doivent être assis sur leur lit et la petite troupe ira de l'un à l'autre. [...] Chacun attendait son tour, tendait l'oreille, s'efforçait de comprendre les commentaires du médecin qui auraient aussi bien pu être prononcés en latin⁴⁵⁸.

C'est ainsi que le héros du roman, évoque son hospitalisation. Est-ce cette séculaire ressemblance, qui piège bon nombre de patients aphasiques⁴⁵⁹ en leur faisant dire « curé » pour « médecin » ?

Le temps de l'opération donne parfois lieu à une certaine « liturgie » marquée par le silence [...] cela requiert une forme de recueillement nécessaire à la concentration, et finalement une sorte de « grâce » au double sens esthétique et religieux du terme⁴⁶⁰.

Dans cette description, la médecine, s'alliant à la techno-science, se fait rivale de Dieu. Le bloc opératoire, se fait église, et le chirurgien, est mi - Dieu, ou même Dieu. L'autorité médicale relayant l'autorité cléricale, en emprunte-t-elle son caractère sacré ? Depuis toujours, elle dépasse son rôle officiel, celui de soigner et de guérir : en effet, elle a main mise sur les rapports physiques et moraux des hommes entre eux⁴⁶¹.

Le mot « Sacré », vient du latin *sacrare*, de *sacer*, sacré. Qui a rapport au religieux, au divin⁴⁶². Le religieux invite au recueillement, et à la gravité. Le personnage du roman le perçoit à travers la maladie :

Car on pouvait dire ce que l'on voulait [...] et certaines choses pouvaient être avancées par exemple que la maladie était une forme d'existence supérieure et qu'elle avait quelque chose de solennelle [...]⁴⁶³.

⁴⁵⁸. Simenon, Georges, *Les anneaux de Bicêtre*, *op. cit.*, p. 40.

⁴⁵⁹. Définition *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 98 : Affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage parlé et écrit, à la suite d'une lésion du cortex cérébral.

⁴⁶⁰. Lagrée, Jacqueline, *Le médecin, le malade et le philosophe*, *op. cit.*, p. 148.

⁴⁶¹. Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1988, p. 35.

⁴⁶². *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 952.

⁴⁶³. Mann, Thomas, *La montagne magique*, *op. cit.*, p. 528.

Oui, ce sentiment de rédemption par la maladie, d'expiation du péché par la souffrance, n'est-il pas tenace ? « Et dire que c'est quelqu'un qui n'a jamais fait de mal à quiconque... », disent quelquefois soignants et proches, du patient gravement malade. Lorsque le malade n'est pas puni de n'avoir pas respecté l'ordonnance médicale, il le sera de n'avoir pas suivi la prescription religieuse, et alors ce sera un mal mérité.

Le sacré, est dans le même temps le maudit ⁴⁶⁴. Et le personnage du roman de poursuivre :

[...] Une chose était certaine, à savoir que la maladie accentuait l'élément corporel, qu'elle ramenait l'homme complètement à son corps, et que, par conséquent, elle nuisait à la dignité de l'homme jusqu'à l'anéantir en le réduisant au seul corps. La maladie était par conséquent inhumaine [...] ⁴⁶⁵.

Nous nuancerons ce propos, en précisant qu'il ne s'agit pas de nuire à la dignité, mais du sentiment de dignité. La maladie, comme le sacré (ainsi la médecine qui peut sauver comme condamner), enfermerait en elle une ambivalence. Elle se révélerait donc, message divin, et dans le même temps, serait punition pour faute.

Pouvons-nous dire que l'objet de sacrilège de nos profanateurs est la médecine puis la maladie ?

7. Armande

Il avait jeté dans son lit ses membres comme des outils pesants et pourtant chers qu'il n'avait plus à porter, et il respirait avec bruit en se sentant allégé de ses jambes tout à l'heure encore si lasses, si froides et qui gisaient devant lui au chaud [...]. Par moments d'un léger mouvement, il les (ses pieds) reprenait pour mieux appuyer son flanc contre le matelas de manière à ne plus rien avoir à maintenir, qui tout son flanc s'y était creusé un ancre parfait pût s'y appliquer exactement, laisser porter par le bon matelas toutes ses

⁴⁶⁴. Girard, René, *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset, 1982, p. 278 : « Ce qui caractérise essentiellement le sacré mythologique c'est sa nature maléfique aussi bien que bénéfique ».

⁴⁶⁵. Mann, Thomas, *La montagne magique*, *op. cit.*, p. 528.

parties flottantes⁴⁶⁶[...].

Si le lit, nous invite à saluer *Éros*, il est le lieu où s'impriment bien d'autres émotions, plus désagréables.

S'il porte un matelas anti-escarre électrique il pourrait bercer, mais bercer aussi jusqu'à donner des nausées, donner le mal de mer. Pouvons-nous comparer le lit à un bateau ? Oui, mais pas sincèrement ; en exagérant le trait du personnage, les draps seraient des voiles ? Oui peut-être, mais notre patient, dans une discussion, entend nos spéculations et nous rappelle justement à l'ordre : « Chère amie, comparaison, n'est pas raison... mais admettons, alors ce bateau serait plutôt une galère, sans voile ».

Dans la chambre, le patient peut y recevoir ses proches. En Béarn, selon une coutume, le mari allait jusque dans le lit, la place de l'accouchée, se faisait soigner à sa place, et ce, sur un temps variable [...] »⁴⁶⁷.

Voici le témoignage d'Armande :

« Une après-midi, quelques jours après l'opération à cœur ouvert de mon mari, j'étais au côté de lui, dans sa chambre. Quand il se leva pour sortir un instant et, pouvoir passer, il me dit :

- Assieds-toi sur le lit que je puisse passer !

- Tu sais bien que c'est interdit de s'asseoir sur le lit !

- Pour une minute, ils ne vont rien te dire, tu vois bien que je n'ai pas la place de passer !

Je me pose alors sur le lit, à l'endroit d'où il vient de se lever et, étrange

⁴⁶⁶. Mann, Thomas, *La montagne magique*, op. cit., p. 861.

⁴⁶⁷. Dibie, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher*, op. cit., p. 206.

sensation, je ressens ma cage thoracique comme serrée, un peu endolorie à l'intérieur, mais pas trop, comme après un traumatisme... Mon mari revient un instant après.

- Tu as encore mal à la cage thoracique ?

- Oui un peu, ça serre un peu, c'est tout. Me dit-il. »

Le lit du patient serait-il bien au sens littéral du terme là où il dépose sa souffrance ?

L'abord du patient par le soignant doit être certainement facilité, en cas d'urgence, mais que le proche soit assis sur une chaise, devant le lit, peut également encombrer le passage vers la personne alitée.

Que signifie cette mise à distance, cette mise à l'écart du proche par rapport au lit ? Est-ce par crainte de l'ombre de ce rôdeur d'*Éros* ? Est-ce *Hygié*, déesse de la santé et de la propreté qui ne cesse de faire chanter ? Est-ce une manière d'uniformiser les comportements, ceux des malades, mais aussi ceux des proches, à l'image, finalement de ce lit au carré, de ce blanc uniforme, ou de cette chemise hospitalière estampillée « Hôpitaux de Paris » ? Est-ce une appropriation du patient par le service, une chasse gardée, lorsqu'il est signifié en dehors des risques de contamination, que le proche doit se tenir à distance physiquement du malade ? Ainsi, n'est-il pas fait table rase *de* sa vie avant hospitalisation, en le rendant objet de soins ?

Mais parfois, nous pensons proposer au proche, un lit de camp, osseux et dépliant, semblable à une sauterelle. Ainsi, le mari, la fille, le père, la mère, l'amant, l'amante peut détendre un peu son corps, près de celui qu'il ou qu'elle attend. Mais il arrive parfois aussi, que cette offre ne soit pas entière. Alors de la fraîcheur de la nuit, fi, de la dureté du support, fi. Il n'aura qu'un drap. Et l'oreiller ? Il ne le mérite peut-être pas. Pourquoi lui proposer un verre d'eau ? La

cafétéria est ouverte, nous ne sommes pas à l'hôtel, ici !

Mais « Hôpital », tout comme « Hôtel » a pour étymologie le latin *hospes*, qui signifie qui reçoit un étranger ; l'hospitalité est cordialité, attention dans la manière d'accueillir l'autre, et pour cela il nous faudrait nous décentrer, nous effacer un peu, comme lorsque nous ouvrons la porte pour laisser entrer quelqu'un, nous nous mettons sur le côté. Bien souvent à l'hôpital, l'hospitalité est tolérance de la présence des autres. « Mais la tolérance reste une hospitalité surveillée, sous surveillance, avare, jalouse de sa souveraineté »⁴⁶⁸. Il ne s'agira pas de discréditer cette hospitalité surveillée, mais comme nous le suggère Derrida, de rendre cette hospitalité moins conditionnelle, et d'éviter d'estampiller certaines familles, tout comme leur proche malade, de famille « difficile ».

La tolérance est l'inverse de l'hospitalité. En tout cas sa limite. Si je crois être hospitalier parce que je suis tolérant, c'est que je tiens à limiter mon accueil, à garder le pouvoir et à contrôler les limites de mon « chez moi », de ma souveraineté, de mon « je peux » (mon territoire, ma maison, ma langue, ma culture, ma religion, etc.)⁴⁶⁹

À l'hôpital, la tolérance reste souvent du côté des soignants, et lorsqu'elle manque de tact, la vulnérabilité de celui qui est alitée peut contaminer ses proches.

Il est une autre posture que nous avons tous adoptée au moins une fois, c'est cette posture que je nommerai « la posture du crabe » : lorsque nous sommes en difficulté vis-à-vis des proches, et notamment lorsque la famille pose des questions pertinentes, pour lesquelles nous ne pouvons pas répondre avec autant d'acuité ; ou bien des proches qui nécessitent une importante écoute, pour laquelle, malgré une parfaite organisation, nous ne pourrions accorder qu'un piètre instant, nous sommes tentés alors de simuler une extrême indisponibilité lors de leur passage. Cette indisponibilité doit paraître physiquement et clairement pour

⁴⁶⁸. Derrida, Jacques ; Habermas, Jürgen, *Dialogues à New York*, op. cit., p. 187.

⁴⁶⁹. *Idem*, p. 186.

dissuader les visiteurs de nous approcher dans le couloir. Nous nous tenons de biais pour ne pas croiser leur regard, les yeux rivés sur le dossier de soins informatisé, la tête baissée, et les épaules recroquevillées. Ce sont là des ruses, lesquelles se transmettent par mimétisme, et de génération en génération.

Autour du lit, se manifestent d'autres personnages ; notre patiente est observée, mais elle peut également observer, aussi.

CHAPITRE XVII – LE « PANOPTLIT⁴⁷⁰ »

1. Le faucheur

« Il y a bien l'agent de nettoyage. Il gare son chariot. Et avec son balai-lavette, il sillonne en rondeur le couloir, sur une moitié de longueur, puis sur une autre pour éviter que cette furie d'infirmière ne glisse sur le "mouillé" comme hier. Elle sortait à toute blinde d'une chambre, et a chuté [...] ».

Ce peut être là une séquence habituelle dans notre service...

J'ai lu dans un roman italien, l'histoire d'un balayeur des rues qui balançait son balai avec le geste majestueux du faucheur. En sa rêverie, il fauchait sur l'asphalte un pré imaginaire, le grand pré de la vraie nature où il retrouvait sa jeunesse, le grand métier du faucheur au soleil levant⁴⁷¹.

Non, les agents de nettoyage dont nous parle cette patiente, semblent ne pas avoir

⁴⁷⁰. Référence au Panoptique de Bentham. Michel Foucault nous en délivre le principe : « Or, la surveillance sera parfaite si d'une salle centrale le directeur ou le préposé en chef sans changer de place voit sans être vu non seulement l'entrée de toutes les cellules et même l'intérieur du plus grand nombre de cellules quand la porte pleine est ouverte, mais encore les surveillants préposés à la garde des prisonniers à tous les étages... Avec la formule des prisons circulaires ou semi-circulaires, il paraîtrait possible de voir d'un centre unique tous les prisonniers dans leurs cellules, et les gardiens dans les galeries de surveillance. », Foucault, Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, pp. 290-291. Le prisonnier est vu et ne voit pas.

⁴⁷¹. Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, op. cit., p. 74.

les mêmes ressources que ce faucheur rêveur, et, chanceux de l'être.

« La dame de ménage arrive vers sept heures ; souvent, c'est bien la première personne qui rentre dans ma chambre ; elle s'approche du lit, juste pour le mobiliser ; lorsqu'elle est agent de prestataires privés, elle n'a en général pas le même comportement que celle qui fait partie de l'hôpital. Souvent, elle ne dit rien. Lorsqu'elle arrive, je la vois déjà fatiguée et triste ; elle peut être jeune ou moins jeune. Je devine qu'elle est mère, et qu'elle a dû laisser son enfant pour venir finalement s'occuper de moi. J'en suis gênée, car je sais qu'elle vient travailler à contre cœur ; oui, c'est ça, ça doit être alimentaire. Elle passe alors son balai sous le lit, autour ; elle est un peu essoufflée mais me dit poliment au revoir, et passe comme un automate, dans la chambre voisine [...] »

Lorsque nous parlons de compassion, nous l'envisageons habituellement du soignant à l'égard du soigné. Et pourtant ce témoignage n'est-il pas témoignage de compassion. La malade porte un regard de douceur sur l'agent hospitalier intérimaire.

Compatir, c'est souffrir de la souffrance d'autrui, en tant que d'autre ; dans aucun cas il n'est question d'être fusion effective ou d'une identification quelconque avec autrui, d'une fusion affective ou d'une identification quelconque avec autrui, d'une fusion affective ou d'une identification de ma souffrance avec la sienne⁴⁷².

Compassion vient du latin « *cum* » avec, et « *patior* », qui veut dire souffrance ; c'est le sentiment qui rend sensible aux souffrances d'autrui. Compatir n'est en aucun cas, s'approprier, faire nôtre la souffrance d'autrui. ... Oui, quelquefois les rôles s'inversent, inopinément.

« L'agent de l'hôpital, lui, est à l'aise, elle papote, parle de ses enfants, de ses vacances, de son nouveau vestiaire, dit quelques blagues, reparle du dernier

⁴⁷². Sheller, Max, *Nature et formes de la sympathie*, Paris, Payot, 1971, p. 57.

fait divers... je la sens très attentive à sa mission [...]. »

Ce dernier personnage semble habiter le service...

On constate tout de même, en faisant par exemple la somme des observations d'une semaine, qu'il est très fréquenté, mais peut-être en va-t-il de même dans toutes ces régions habitables, et sans doute est-il même préférable de s'exposer à une fréquentation dont la relative intensité garantit l'écoulement, plutôt que d'être livré, dans une complète solitude, au premier indiscret venu et à sa lente investigation⁴⁷³.

C'est ainsi que le héros du roman, dans son terrier, prend conscience des nombreux passages des uns et des autres. En serait-il de même pour notre patient ?

Et lorsque le tapis virtuel de propreté est déroulé ; le défilé peut alors commencer.

2. Une voiture à manivelle

Et lorsque le lit est fait, nous rentrons notre chariot de soins, rutilant, beau comme un camion, dans une autre chambre. À l'extrémité du lit mécanique, nous exerçons quelques pressions vives du pied sur la pédale pour le rehausser à notre hauteur ; une vraie vieille voiture à manivelle. Nous débloquons les roues de leurs freins, pour mieux le mobiliser, à notre convenance ; nous sommes le chauffeur. Et comme pour un véhicule, parfois, il peut arriver des accidents. Une collègue nous raconte le décès d'une aide-soignante, écrasée par un lit. Après le départ d'un patient, elle s'est glissée sous le lit pour en désinfecter les coins et recoins ; une détérioration de sa structure a induit un affaissement massif, lors des manipulations de la soignante. En outre, ce lit n'avait pas fait l'objet de vérifications rigoureuses et régulières par le service technique de l'hôpital ; le fait de glisser sous le lit, malgré une contre-indication d'utilisation a été fatal pour cette employée... Oui, de lit de réconfort, il est bien devenu un lit de souffrance

⁴⁷³. Kafka, Franz, *Un Jeûneur et autres nouvelles*, op. cit., p. 138.

et, certes, lit de mort...

Nous demandons donc à la patiente de se rehausser, à l'aide de la potence : certes, il ne s'agit pas du supplice de la pendaison – quel terme étrange, pour désigner cet objet de l'espace de soin, adjuvant de la mobilisation du patient pour se redresser dans son lit ? La malade et nous-même sommes installées. Comme pour un jeu de cartes, nous déployons alors sur sa couverture, nos compresses déconditionnées ; n'est-ce pas une manière de lui dire finalement que ce lit nous appartient ? N'est-ce pas une manière de la mêler, jusqu'à la confondre aux choses inanimés ? « J'avais l'impression d'être couché sur une table, parmi d'autres silhouettes de carton que l'on rangerait dans un meuble, une fois la partie terminée. Un tiroir, comme il en trouve dans les morgues »⁴⁷⁴. C'est ainsi que ce personnage de roman, vit son alitement hospitalier. L'objectivation est telle qu'elle en frôle la morbidité.

Quelquefois, un jet d'antiseptique vient tâcher le dessus du lit. Nous disons de cette tâche qu'elle est propre. Dans nos villes, les animaux domestiques urinent pour marquer leur territoire ; y aurait-il ici, bien que peu flatteuse, une étrange ressemblance avec notre méthode de travail ? Car est-il besoin, nécessairement, d'envahir le champ du patient avec notre matériel pour pouvoir le soigner ? La surface du chariot ne suffit-elle pas à le disposer, tout en respectant l'ergonomie ? Ne marquons-nous pas des limites symboliques de territoire ? N'est-ce pas là, encore une manière d'imposer au malade notre culture soignante ; « De même l'ustensile et l'outil sont considérés comme des choses matérielles qui après coup seulement sont préparées en de telle sorte qu'une valeur particulière leur soit attachée »⁴⁷⁵. Ici, les choses imposées sur le patient : set à pansement, paquet de

⁴⁷⁴. Mauméjean, Xavier, *La Vénus anatomique*, Paris, Mnémos, 2004, p. 78.

⁴⁷⁵. Heidegger, Martin, *Qu'est-ce qu'une chose ?*, *op. cit.*, p. 61.

gants stériles, bouchons de robinets, se font médiation et renforcent nos positions : lui garde son statut de malade, de profane, et nous notre statut de soignant, de savant. Le lit, ici, ne fait-il pas figure de cheval de Troie ? Sous prétexte d'être au plus proche du patient, de soigner au mieux, ne l'envahissons-nous pas ?

Cependant, il devient parfois le lieu de rencontre du soignant et du soigné, seulement si ce dernier l'autorise, même implicitement. Alors, nous nous asseyons sur le bord, pour effacer un peu cette asymétrie, et nous sommes face au malade ; oui, quelquefois, ce geste paraît aller de soi ; peut-être aussi pour dessiner une coquille, délimiter par notre corps, par son corps, un territoire propice aux confidences et à l'écoute. La chaise est également un outil, comme nous l'évoquions plus haut, et peut prêter à la confidentialité, mais s'asseoir en bord de lit, désacralise un peu notre fonction, mais aussi la « fonction » du malade. Le lit devient une aire intermédiaire. Donald Winnicott⁴⁷⁶, en parlerait peut-être comme un espace transitionnel (du latin *transitio* qui signifie passage) : un lieu où il se passe quelque chose entre notre monde intérieur et extérieur, et ce lieu serait de passage ; mais pas seulement pour la personne alitée. Il est le lieu cristallisant l'extérieur et l'intérieur, le debout et le couché. Cette configuration n'encourage-t-elle pas à sortir de son étui : celui du malade, celui du soignant, pour être un temps plus proche de soi, donc de l'autre ? Il est le lieu où chacun se risque dans la sphère d'autrui. Le soignant est à proximité du soigné, et inversement. Mais cette attitude, dans les instituts en soins infirmiers est vivement déconseillée, et la juste distance est invoquée, alors qu'il pourrait être question de juste proximité.

Et puis il y a la visite ; parfois, elle se fait procession ou bien cortège royal.

⁴⁷⁶. Winnicott, Donald, (1896-1971) pédiatre, psychanalyste britannique.

3. Comme en amphithéâtre

L'interne, en première ligne, suivi du chef de service, du cadre de soins, anciennement nommée surveillante, puis l'infirmière et une grappe d'étudiants psychologues, infirmiers, médecins. Ils s'engouffrent dans la chambre, autour du lit, en arc de cercle, comme en amphithéâtre. Souvent, une intention bienveillante émerge de cette petite communauté. L'hôpital est dans la cité et les soignants en quelque sorte dans un service de soins forment une communauté. La communauté « est un groupe d'êtres ou de choses présentant des points communs »⁴⁷⁷, communs étant ce « qui se fait en société, ensemble, de concert⁴⁷⁸. » Lorsque ce groupe de personnes travaillent à une même tâche ou unissent leurs efforts dans le même but, ce groupe est appelé équipe. « Il vaut la peine d'être vu et d'être entendu parce que chacun voit et entend de sa place, qui est différente de toutes les autres. Tel est le sens de la vie publique »⁴⁷⁹. Ainsi, par le *logos*, autour de ce lit, et avec le patient, la pensée, le langage, la réflexion, l'échange permet le sens d'advenir, pour le malade, mais aussi pour les soignants. Le patient dans son lit, peut alors se sentir reconnu, comme un être en souffrance, séparé, que nous devons béquiller un temps, lui et ses proches. Quelquefois il est comme un client-roi, et parfois, comme Cendrillon, il perd ses habits d'apparat, pour ne devenir qu'un objet d'études. Oui, un objet d'études. Le personnage du roman, est hospitalisé dans la même chambre qu'un autre patient ; il raconte :

Une main indifférente relevait le drap et découvrait un corps fiévreux, des malformations, des escarres, tandis que le professeur, de la voix qu'il avait enchaînée, énonçait ses observations et que les élèves prenaient des notes⁴⁸⁰.

Cette démarche clinique est certes nécessaire pour transmettre les savoirs aux plus

⁴⁷⁷. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 271.

⁴⁷⁸. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française, op. cit.*, vol. 2, pp. 525-530.

⁴⁷⁹. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne, op. cit.*, p. 98.

⁴⁸⁰. Simenon, Georges, *Les anneaux de Bicêtre, op. cit.*, p. 40.

jeunes, et aiguïser leur discernement. Clinique vient du latin « *clinicus* », du grec « *klinè* » qui signifie lit. Elle est démarche qui se fait au chevet du patient, directement, sans recours d'examens radiologiques ou biologiques ; par elle, les signes vont être repérés, distingués, comparés, analysés, pour orienter le diagnostic et répondre au mieux, par un traitement adapté. Mais quelquefois la clinique s'éloigne de la bienveillance et prend des allures de vampire. Qu'est-ce qui prime en médecine ? Le soin apporté au malade rivalise avec le savoir puisé de sa maladie. N'était-ce pas le principe de la naissance de l'institution hospitalière ? De La Mettrie, médecin et philosophe du XVIII^e siècle, dans l'un de ses célèbres ouvrages, illustre bien l'intérêt de la connaissance aux dépens de l'être humain lui-même lorsqu'il écrit :

Mais quoiqu'il devienne monstrueux par sa croissance de neuf mois, il ne diffère point des œufs des autres femelles, si ce n'est que sa peau (l'amnios) ne se durcit jamais et se dilate prodigieusement, comme on en peut juger en comparant le fœtus trouvé en situation et près d'éclore (ce que j'ai eu le plaisir d'observer dans une femme morte un moment avant l'accouchement⁴⁸¹) avec d'autres petits embryons très proches de leur origine...⁴⁸²

Gratuité financière en contrepartie du don de son corps à la science, don qui ne donne pas son nom, et à l'insu du malade ?

Monsieur C, en fin de vie est hospitalisé dans notre service ; après son décès, nous saurons que c'était là son dernier jour de vie.

Le soin de bouche de Monsieur C à peine terminé, nous voyons s'engouffrer dans la chambre, « la visite ». Cette visite, ressemblait davantage à une meute, une meute d'apprenants. Leur chef s'approche du gisant, lui retire le drap sans crier gare, et en magister, décrit « les marbrures naissantes aux cuisses, révélatrice d'une fin imminente... » ; « [...] ce visage perçu est la proie du regard : manière de dire ce que le regard qui connaît, le regard qui perçoit et qui juge a de

⁴⁸¹. Souligné par nous.

⁴⁸². La Mettrie, de, Julien Offray, *L'homme-machine*, *op. cit.*, p. 208.

potentiellement prédateur »⁴⁸³. Puis lorsque l'examen clinique s'achève, repue de savoirs, la meute, suivant toujours son chef de file sort de la chambre, laissant négligemment le patient découvert.

Lisons à nouveau Kant : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen »⁴⁸⁴. Il nous semble qu'ici, cet homme alité sert simplement de moyen ; il n'est pas fin en soi, mais un moyen pour atteindre une connaissance. Cette scène n'est-elle pas de même nature, qu'un tableau de Rembrandt⁴⁸⁵, à un moindre degré ? Le docteur Nicolas Tulp est représenté, entouré de chirurgiens. Il est en même temps occupé à disséquer un cadavre, tout en expliquant les effets résultant de ses faits et gestes. Mais l'artiste, le peintre, au-delà de cette leçon d'anatomie et physiologie, semble bien mettre en lumière, l'ombre de la mort, et la soif du savoir.

Dans la chambre du patient, et au décours de la démonstration clinique, l'être est scindé. C'est du lit de déserteur dont il s'agit, le moi subjectif se volatilise, et apparaît l'homme-machine, objet médical. Alors lorsque le malade nous sert de chair à savoir, de chair à connaissance, ne devenons-nous pas des cannibales ? Lorsque nous le courtisons selon la rareté de son malheur, le réduisons à sa maladie, n'en deviendrions-nous des barbares ?

4. « Elle revient trop cher. »

Mais l'hôpital est encore un lieu empreint de sollicitude pour ses hôtes ; même s'il existe parfois des niches où rivalisent les égots, avec une intensité

⁴⁸³. Fiat, Éric, *Grandeurs et misères des hommes, petit traité de dignité*, op. cit., p. 53.

⁴⁸⁴. Kant, Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, op. cit., p. 105.

⁴⁸⁵. Rembrandt, Van Rijn, *leçon d'anatomie du docteur Nicolas Tulp*, Amsterdam, Rijksmuseum, 1632.

proportionnelle à leur niveau de responsabilité. Au chevet du patient, il est fréquent que les soignants travaillent au-delà même du temps réglementaire, se rendant disponibles le jour, la nuit, lorsque cela est nécessaire ; mais souvent, le fil est tendu, et lorsque notre soignant est lui-même malade, il s'éloigne de ce lieu investi, il s'exile alors, dans un autre lieu, par pudeur peut-être... Ainsi, soignons-nous rarement notre collègue...

À l'hôpital, lorsque nous parlons de lit, rarement, nous pensons à un lit matérialisé, avec un oreiller, un drap, une couverture, des roues... Dire que nous avons un lit disponible dans l'unité, signifie : il y a suffisamment de personnel pour soigner... mais aussi, la pathologie elle-même, bien avant le patient, bien avant l'être, répond à nos préoccupations. Ce n'est plus le patient que nous recevons, mais bel et bien, la maladie, habillée d'un patient.

Nous réduisons, disions-nous, le malade à sa maladie. Dans cette approche analytique, il ne serait que sa maladie ? Mais les choses se modifient et, curieusement, dans cette confusion, ne devient-il pas davantage le pronostic de sa maladie ? En sus de la rareté de sa pathologie, le nécessaire est aussi sélectionné selon ses chances présumées de survie. Ainsi, lorsque deux malades sollicitent une hospitalisation et qu'il ne reste qu'un seul lit vacant, inévitablement, nous les comparons, eux et leur mal ; nous les comparons jusque dans leurs souffrances, pour enfin décider lequel des deux, sera le malheureux élu. Dans cette sélection, la main de l'homme semble trop souvent renforcer la nature : celui pour lequel, nous présageons une guérison, celui-ci nous choisirons. Nous pensons au lit de Procuste, en réalité, surnom de Damaste, signifiant « le tendeur ». Ce brigand légendaire de l'Attique avait en sa possession deux lits : un court et un long. Il étendait ses victimes sur l'un des lits et raccourcissait ou étirait leurs membres à la

mesure exacte du lit. De ce fait il pouvait les torturer⁴⁸⁶.

Voici le témoignage de Véronique, cadre de santé dans un service d'urgence, en hôpital public :

« Un patient âgé a bien souvent une multipathologie ; lorsqu'il arrive aux urgences, il peut rester plus de quarante-huit heures sur un brancard car personne dans les services ne le veut. La seule personne au monde qui doit être dans un lit, va sécher sur place, car elle ne rapporte rien au service ; elle revient trop cher. Et lorsqu'il y a un lit disponible, on avance le rendez-vous d'un patient de l'extérieur, pour lequel les soins techniques les plus cotés seront appliqués. Car il va apporter des recettes ; depuis la tarification à l'activité⁴⁸⁷, tu as une implosion. Chaque pôle gère ses recettes, chacun tire de son côté [...] »

Il suggère que :

Tous les étants sont préoccupés d'eux-mêmes. Moi d'abord. À l'hôpital, accroître son pouvoir en en étendant son territoire, ses possessions. Tout tourne autour du même, pour le même. Posséder, maîtriser, mais aussi guérir, gérer. « Excès d'un intéressement à être que les hommes confondent avec une raison d'être »⁴⁸⁸.

Cette tension entre le calcul gestionnaire et le souci soignant est de plus en plus prégnante. Ne pas considérer l'aspect économique dessert, plus encore, trahit la dimension éthique ; le patient et le soignant sont en présence l'un de l'autre. Mais

⁴⁸⁶. Centre National de Ressources Textuelles et lexicales, (CNTRL), consulté le 27/7/2017.

⁴⁸⁷. Dans ce mode de fonctionnement, le financement des services résulte de l'activité. « Aux conséquences fâcheuses de la « dotation globale » des établissements de soins, dont les plus criantes furent que les établissements tentant de faire le mieux avec le moins furent à terme moins bien dotés que ceux ayant fait le moins avec le plus, le système de santé crut devoir remédier par cette nouvelle organisation, qui ne crédite que les activités effectives. Mais le nouveau mode lui aussi a ses effets pervers : la possible secondarisation, voire la non-reconnaissance des gestes relevant du *care* au seul profit de ceux relevant du *cure* – au moment même où les soignants sont les objets d'injonctions à la “bienveillance” et au “prendre soin”... », Fiat, Éric, *Ode à la fatigue*, Paris, Observatoire/Humensis, 2018, note 2., p. 289.

⁴⁸⁸. Cordier, Alain, « Pour une éthique de l'économie hospitalière », in *Philosophie, éthique et droit de la médecine, op. cit.*, p. 531.

nous sommes aussi dans la cité, ce qui implique les autres. Cette triangulation nous oblige à veiller sur nos dépenses, pour une bonne vie. « Le vivre-bien ne se limite pas aux relations interpersonnelles, mais s'étend à la vie des institutions »⁴⁸⁹.

La santé n'a pas de prix, mais le vivre-bien avec les autres implique la justice. « Aussi, souvent, la justice semble-t-elle la plus importante des vertus et plus admirable même que l'étoile du soir et que celle du matin »⁴⁹⁰. Pour le philosophe, la justice est disposition à accomplir des actes justes⁴⁹¹. Elle est disposition acquise par la pratique des actes justes. La prudence, *Phronèsis*, (*prudentia* en latin) sagesse pratique, elle est vertu de la raison, et en est indissociable. Vertu intellectuelle, pour Aristote, elle est une raison juste⁴⁹², alors que d'autres vertus sont vertus morales. Elle permet d'envisager les choses qui peuvent changer, évoluer. Elle est l'une des servantes de la médiété, crête entre l'excès et le défaut⁴⁹³. Elle est la plus complète des vertus. Elle embrasse toutes les autres car elle a rapport à autrui⁴⁹⁴. Elle s'acte plus pour autrui que pour soi. Mais, il nous dit aussi que pour l'homme sagace, prudent, le *phronimos*, l'équitable est mieux que le juste, car il intéresse le caractère particulier⁴⁹⁵. S'il est juste de faire patienter les personnes sur un brancard, n'est-il pas encore plus juste, donc équitable d'envisager, pour l'orienter au plus vite, celui qui supportera le moins cette attente, le plus faible ? Ne recevant moins que ce qu'il devrait avoir, ne subit-il pas une injustice⁴⁹⁶ ?

⁴⁸⁹. Ricoeur, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Points, 1996, p. 227.

⁴⁹⁰. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 137.

⁴⁹¹. *Idem*, p. 135.

⁴⁹². *Ibidem*, p. 169.

⁴⁹³. *Ibidem*, pp. 59-62.

⁴⁹⁴. *Ibidem*, p. 137.

⁴⁹⁵. *Ibidem*, p. 163.

⁴⁹⁶. *Ibidem*, p. 143.

Ce qui constitue la condition qui seule peut faire que quelque chose est une fin en soi, cela n'a pas de valeur relative, c'est-à-dire un prix, mais une valeur intrinsèque, c'est-à-dire une dignité⁴⁹⁷.

La santé n'a pas de prix, mais elle a un prix⁴⁹⁸. L'homme n'a pas de prix, il n'est ni à vendre, ni à acheter car il est « bien hors du prix et non point hors de prix [...], c'est-à-dire au-delà de tout prix »⁴⁹⁹. Et c'est ce pourquoi, il nous semble légitime de veiller aux abus, afin que d'autres puissent bénéficier des soins nécessaires, mais aussi accomplir notre *ergon* (action) comme il se doit, c'est-à-dire ce pour quoi nous nous levons chaque matin, ici nos fonctions de soignants. Lorsque le malade apporte avec lui les résultats d'examens passés deux jours avant l'hospitalisation, devons-nous lui faire subir à nouveau cette même batterie d'examens pour un bilan d'entrée ? Oui, il nous semble juste, d'éviter ces dérives, pour soigner tout un chacun. Mais il nous semble également juste de permettre à celui qui vient de subir une double fracture de la mâchoire de pouvoir rester plus de deux jours en milieu hospitalier, si cela le nécessite, quitte à heurter le protocole⁵⁰⁰. (Dans nombre de services, les plans-guide de soins se multiplient. Initialement, ce sont des documents qui doivent guider le soignant sans abolir son discernement. En réalité, dans l'accélération des activités, ils énoncent clairement la conduite à adopter suivant la pathologie du patient accueilli, ainsi que le nombre de jours d'hospitalisation.) Cela éviterait les complications du fait de l'ablation trop rapide du drain de redon⁵⁰¹, induisant une ré-hospitalisation pour hématome collecté et infecté. Par conséquent, ceci entraîne un coût doublé. Il

⁴⁹⁷. Kant, Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, op. cit., p. 113.

⁴⁹⁸. Folscheid, Dominique et Wunenburger, Jean-Jacques, « Les problèmes cruciaux de l'éthique médicale contemporaine » in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., p. 218.

⁴⁹⁹. Fiat, Éric, *Grandeurs et misères des hommes, petit traité de dignité*, op. cit., p. 143.

⁵⁰⁰. Bibliothèque numérique de droit de la santé et d'éthique médicale : GHM : « Groupe homogène de malades est un procédé de classification qui regroupe les séjours présentant une similitude et un coût voisin. Consulté le 23 mai 2018.

⁵⁰¹. Tube de matière souple, placé au niveau de la région opérée, il est destiné à drainer les sécrétions à l'extérieur du corps.

s'agit donc de mieux dépenser pour sauvegarder notre système de soins. En outre, la gestion du budget, est menée par des personnes qui, bien souvent, sont éloignées du lit du patient ; y compris lorsqu'ils sont médecins chef de pôle. Par cette distance, l'hôpital ne risque-t-il pas de se déguiser en ce qu'il n'est pas, c'est-à-dire en entreprise marchande ? Ce déguisement, n'induit-il pas, de fait, insidieusement, cette notion mercantile de l'offre et de la demande ⁵⁰² ? Nous pouvons raisonnablement penser que fréquemment, il existe un conflit d'intérêt⁵⁰³ entre le soin, d'abord pour le patient, et le soin d'abord pour la rentabilité.

5. « Res publica »

Évoquons les crédits affectés aux lits identifiés. Le budget de ces lits réservés aux personnes en fin de vie, ne sont-ils pas récupérés, par des tours de passe-passe gestionnaires à d'autres fins et, notamment, pour des services dont l'activité de haute technicité fait le prestige de l'institution ? Les personnes en fin de vie, non seulement ne consomment pas mais en outre, ne sont pas rentables, puisque fréquemment, les soins proposés sont ceux qui relèvent du *care*. La notion utilitaire de rentabilité ne peut que se substituer bien souvent à celle de sollicitude. « Car la sollicitude désigne une activité qui n'en est pas tout à fait une, du point de vue de la performance puisqu'elle porte sur la puissance d'agir d'un autre justement non performant⁵⁰⁴. » Les objectifs sont énoncés, mais les moyens

⁵⁰². Folscheid, Dominique et Wunenburger, Jean-Jacques, « Les problèmes cruciaux de l'éthique médicale contemporaine » in *Philosophie, éthique et droit de la médecine, op. cit.*, p. 219.

⁵⁰³. Justice.gouv.fr : Le conflit d'intérêt dans le domaine public, « Un conflit d'intérêts implique un conflit entre la mission publique et les intérêts privés d'un agent public, dans lequel l'agent public possède à titre privé des intérêts qui pourraient influencer indûment la façon dont il s'acquitte de ses obligations et de ses responsabilités [...] La notion d'intérêt privé ou personnel est particulièrement vaste puisqu'elle englobe des intérêts directs et indirects, c'est-à-dire, ceux de l'intéressé lui-même, mais aussi ceux de ses proches, de ses amis ou même ceux d'un groupe auquel il appartient. » Consulté le 13 septembre 2018.

⁵⁰⁴. Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, Paris, Seuil, 2008, p. 80.

pour y parvenir sont occultés⁵⁰⁵. Les dommages collatéraux de la marche forcenée de cette logique financière sont tus dans cette aire que nous disons pourtant de transparence. Et enfin, beaucoup de directions d'hôpitaux sont réfractaires pour afficher officiellement la présence de ces lits identifiés dans lesquels on termine sa vie⁵⁰⁶. Ainsi, le décès, n'est-il pas également un événement qu'il faut absolument éloigner de nos lits ; aussi, pour ne pas enfler nos statistiques, il devient coutumier, de transférer l'agonisant, *illico presto*, dans un service de soins palliatifs si possible. Rivalité entre services oblige. Mais pas seulement,

La mort de l'autre me renvoie bien à ma mort, cette peur du cadavre parfois pathologique prouve sans conteste que l'homme moderne, cartésien ou positiviste n'a pas totalement exorcisé ses peurs ancestrales, même s'il les masque sous le couvert de la science et de l'hygiène⁵⁰⁷.

Il arrive parfois que le gêneur meurt, meurt précipitamment ou non par le déplacement imposé. La dynamique vertigineuse de profit semble tourner à vide, pour elle-même, et elle devient la normalité. Nous appliquerons le terme d'*akrasie* sthénique. L'*akrasie* est cette faiblesse de la volonté qui conduit à agir dans le sens contraire de ce qu'indique le jugement ou la raison, et sthénique, lorsque cette *akrasie* se détermine par une rationalisation de l'incohérence, rationalisation fomentée et colportée de l'extérieur : « C'est comme ça, on ne peut pas faire autrement »⁵⁰⁸..., avec en prime, cette locution très en vogue depuis quelques années déjà « Nous ne sommes pas dans le monde des bisounours », que chacun reprend et répète, et qui sévit avec une puissance triviale, et sans aucune gêne. Elle vient littéralement couper le souffle de celui qui risque d'imaginer que cela

⁵⁰⁵. Dejours, Christophe, Entretien avec Bouniol, Béatrice, *La panne, repenser le travail et changer la vie*, Paris, Bayard, 2012, p. 124.

⁵⁰⁶. Hennezel, Marie de, Rapport « Fin de vie, le devoir d'accompagnement » mandaté par Mattéi, Jean-François, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, octobre 2003, pp.8, 22, 48,52. consulté sur internet le 10 mai 2018.

⁵⁰⁷. Thomas, Louis - Vincent, *Mort et pouvoir*, Paris, Payot, 1999, p. 65.

⁵⁰⁸. Dejours, Christophe, *Le choix, souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Lonrai, Bayard, 2015, p. 45.

pourrait être autrement. « Cette collaboration neutre⁵⁰⁹ » fait que chacun dans ce système est responsable. Cette gestion « est surtout “machine”, [...] comme *gestell*, “ un dispositif ” (*Einrichtung*) qui encadre l’homme au lieu d’être régi par lui⁵¹⁰. » Heidegger nous rappelle que *gestell* est aussi le squelette⁵¹¹, à penser que nous avons à faire avec un système mortifère. Le malade est lui aussi arraisonné, puisque l’arraisonement est « le mode suivant lequel le réel se dévoile comme fonds⁵¹² ». Ne devient-il pas notre fonds de commerce ? Dans ce lit, nous le dénudons, le dévoilons, l’arrimons, l’explorons.

Dans les rivalités entre services, pas celles qui engendrent une émulation pour le travail accompli, mais les rivalités attisées par la course au pouvoir, recevoir des honneurs, ne devient-il pas insidieusement une finalité, alors que nos services ont une vocation autre ? « Ne vaut pas le coût d’occuper le lit. » sont des propos tenus à l’égard d’une prostituée. Le lit du malade deviendrait-il un lit de passe ? Ainsi nous retrouvons le bouc émissaire, « [...] une lutte de tous contre tous qui, grâce à la victime sélectionnée par l’astuce diabolique d’Apollonius, se transforme miraculeusement en un tous-contre-un réconciliateur⁵¹³. » Tous, c’est-à-dire les services, rivalisant contre un, le patient indésirable.

Dans l’enceinte hospitalière, dans la chambre, dans le lit, bien souvent, la question de la mort est sous-tendue ; et nous pouvons penser que la lutte pour la vie, donc contre la mort est nécessairement omniprésente. Notre malade, dans cette situation critique, ne s’inscrit-il pas dans l’ordre de la servitude, comme la

⁵⁰⁹. Anders, Günther, *L’obsolescence de l’homme, sur l’âme à l’époque de la deuxième révolution industrielle*, op. cit., p. 320.

⁵¹⁰. Folscheid, Dominique et Wunenburger, Jean-Jacques, « Les problèmes cruciaux de l’éthique, médicale contemporaine » in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, op. cit., p. 271.

⁵¹¹. Heidegger, Martin, *Essais et conférences, La question de la technique*, op. cit., p. 26.

⁵¹². *Idem*, p. 32.

⁵¹³. Girard, René, *Je vois Satan tomber comme l’éclair*, Éditions Grasset & Fasquelle, Paris, 1999, p. 89.

prostituée et la courtisane antique ⁵¹⁴ ? Face à ceux qui ont la maîtrise de la vie et de la mort, le malade, souvent, pour être sauvé, ne doit-il pas à entrer dans les faveurs « du chef, du roi, du prince, ou de ce père au sens lacanien »⁵¹⁵, ici le médecin ? Le pouvoir, dans la lutte pour le vivre, est l'envers de la lutte contre la mort⁵¹⁶. Lorsque le médecin est en retard d'une ou deux heures, d'une part, il s'en excuse que très rarement auprès du malade, d'autre part, celui-ci n'en montre également aucun grief ; le malade est à la disposition du soignant.

Seule la prostitution de base ressemble vraiment à la nôtre, dans la mesure où le client d'aujourd'hui retrouve spontanément, sur le terrain, une conviction profondément enracinée dans la conscience collective : que tout être humain de condition servile se réduit finalement à un corps, auquel l'homme libre fait défaut. Ce n'est donc pas par hasard que le terme *sòma*, qui désigne le corps, était couramment utilisé en Grèce pour désigner l'esclave⁵¹⁷.

Le malade, n'est-il pas lui aussi bien souvent réduit à son corps, à son « *sòma* » ? Mais l'esclave ou la putain n'est pas qui nous croyons.

Les investigations, les gestes invasifs, le toucher même, peuvent être ressentis par le malade, comme une effraction dans ce corps qui l'a lâché ; en outre, bien que ces intrusions soient consenties, cela ne relève pas obligatoirement de sa volonté ou de sa liberté, du fait même des dominations et influences, mais aussi parce que la liberté du consentement implique la compréhension de l'information⁵¹⁸. Si le consentement est juste son ombre, les soins alors déployés et invasifs seraient-ils viol ? Nous pouvons également nous interroger sur un système dans lequel plus le patient bénéficie ou subit de gestes médicaux, et plus les recettes sont conséquentes. Est-ce un terrain encourageant réellement la justesse du soin ou bien, à l'inverse, est-il propice aux conflits d'intérêt ?

⁵¹⁴. Folscheid, Dominique, *Sexe mécanique, la crise contemporaine de la sexualité*, op. cit., p. 79.

⁵¹⁵. Thomas, Louis - Vincent, *Mort et pouvoir*, op. cit., p. 238.

⁵¹⁶. *Idem*, p. 54.

⁵¹⁷. *Ibidem*, p. 81.

⁵¹⁸. Pelluchon, Corine, *Séminaire Grammaire de l'autonomie*, Paris, Picpus, 30/11/2017.

6. Faire des actes

Et bien souvent, ce corps n'est-il pas offert dans un morcellement, à tout soignant, à tout spécialiste de tel ou tel organe ? Alors, nous nous approchons du lit du patient, les uns après les autres, en un étrange défilé ; et chacun, relayé par son confrère, consacre son attention à une parcelle d'anatomie. Est-ce pour cette même raison, que nous assignons le malade à son lit ? Car, comme nous le raconte ingénument le héros « [...] il est apparu que le lit ne faisait pas baisser la température que j'ai été autorisé à me lever »⁵¹⁹. Est-ce pour un prêt à servir ou à se servir que nous sommons le malade d'être à disposition ?

C'est seulement pour autant que, de son côté, l'homme est déjà pro-voqué à libérer les énergies naturelles que ce dévoilement qui commet peut avoir lieu. Lorsque l'homme y est pro-voqué, y est commis, alors l'homme ne fait-il pas aussi 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 penser⁵²⁰.

Admettons que l'argent soit un « grand prostituteur »⁵²¹, soigner ne risque-t-il pas de faire des soins, faire des actes, dans le sens de fabriquer du soin ? Dans cette course effrénée aux recettes, ne risquons-nous pas de devenir l'esclave ou la putain de l'intéressement ? Car dans le renoncement de ce pourquoi nous existons, en tant que soignant, c'est-à-dire, répondre à l'appel du faible, n'est-ce pas là notre âme, que nous vendons ?

Une de nos proches nous raconte : il y a quelques années, les gens d'un petit village, s'inquiétait de voir, tout l'été, l'appartement de l'instituteur allumé jour et nuit ; on toque chez lui, sans réponse. La gendarmerie a été alertée pour dénouer l'affaire. Elle frappe à sa porte, et toujours sans aucune réponse décide de la forcer. L'instituteur était décédé depuis belle lurette, et le matelas vomissait des

⁵¹⁹. Mann, Thomas, *La montagne magique*, op. cit., p. 198.

⁵²⁰. Heidegger, Martin, *Essais et conférences, La question de la technique*, op. cit., p. 24

⁵²¹. Folscheid, Dominique, *Sexe mécanique, la crise contemporaine de la sexualité*, op. cit., p. 17.

billets d'argent. Il avait un bon matelas. Toutefois, il a dû être brûlé car les asticots, non seulement avaient grandement entamé le macchabée, mais également l'intérieur du matelas. Cette petite histoire pourrait être entendue comme parabole, car elle nous renvoie à cette obsession de la rentabilité qui, loin d'être régénérante, en devient mortifère car elle devient souvent prioritaire sur tous les autres aspects du soin donné au patient.

Kant écrit qu'est bonne volonté lorsque le mobile de l'action est le devoir, non pas l'intérêt. Le devoir que nous évoquons est le devoir conforme à la loi morale. Nous ne distinguons plus seulement les bonnes actions des mauvaises. Notre action peut être non conforme au devoir, faite par intérêt, ainsi, « la personne qui dans le monde a le plus besoin d'un lit, séchera sur place, car personne n'en veut ».

Notre action peut être conforme au devoir et faite par devoir ; cette action bonne est, « non pas comme moyen en vue de quelque autre fin, mais bonne en soi-même »⁵²². Ainsi, nous nous démènerons pour trouver un lit, quitte à user de ruse. Ce cadre des urgences, Véronique, nous raconte qu'il attendait « dix-huit heures passées, moment où les chefs de service habituellement ferment boutique, pour faire accepter la vieille malade, dans une unité de soins... ».

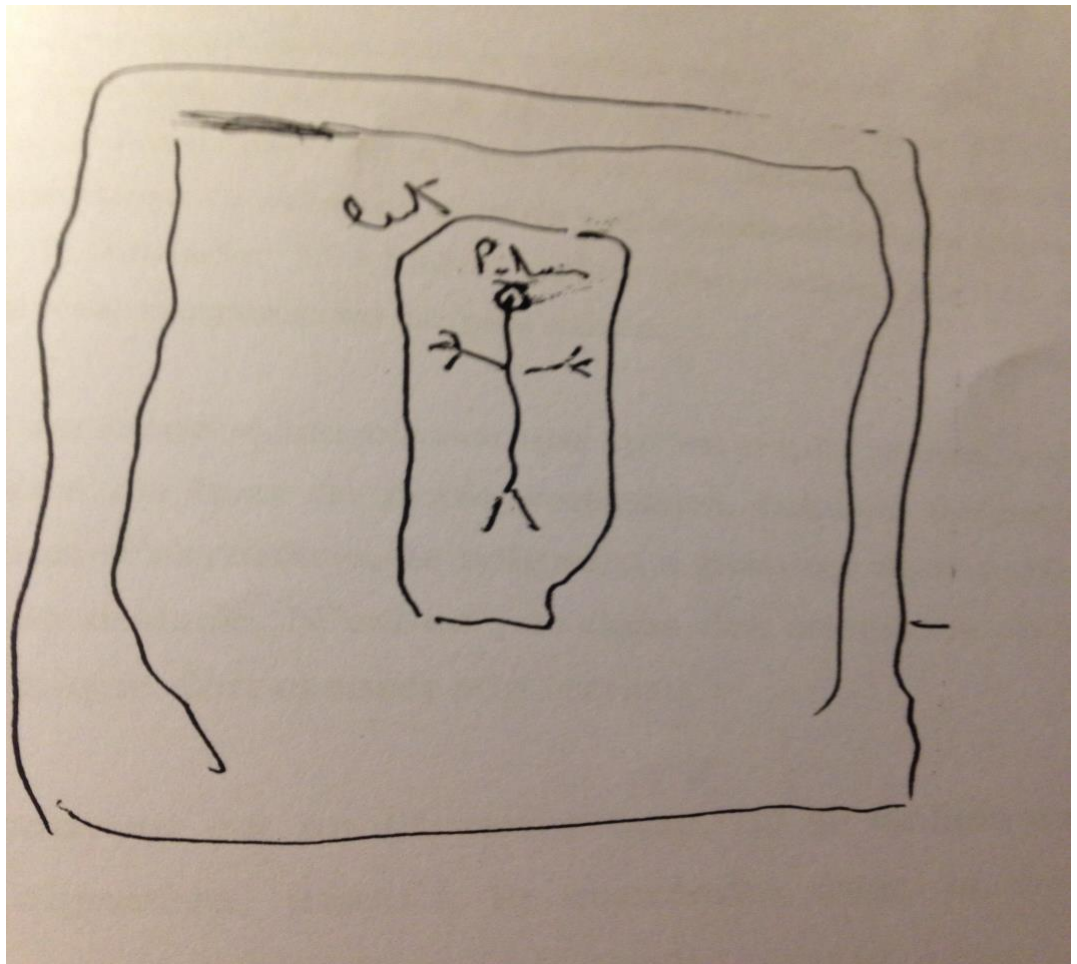
Ensuite, parce que nous sommes des êtres humains, nos actions ne sauraient être totalement sans intérêt. Quel service de soins mépriserait les honneurs, donc les crédits ? Ce financement qui, à son tour, permet au service de fonctionner ? Aussi, notre action, pour être prudente, sera conforme au devoir et faite par intérêt.

Désirer être heureux n'est pas en soi une mauvaise chose. Kant nous dit que

⁵²². Kant, Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs, op. cit.*, p. 61.

le mal est dans l'inversement de l'ordre des mobiles. Pussions-nous alors faire passer le devoir avant notre intérêt. L'équipe qui a bien voulu accueillir cette malade âgée, quitte à essuyer un blâme, ne s'inscrit-elle pas dans cet esprit ?

Devant un café, Thierry, aide-soignant nous commente son dessin :



« La chambre, est une enveloppe, comme un fruit, avec au centre, pour noyau, le lit... »

Face à cette image du lit où nous avons déposé le patient qui a chu, le soignant a encore bien des choses à faire, c'est-à-dire, continuer à prendre soin du malade, souillé de sa chute tant dans son corps que dans son esprit. Il arrive bien souvent que suite à la chute, le patient âgé amorce une période de fragilité, qui convoque notre attention et nos actions pour pallier ses incapacités passagères ou permanentes. À ce stade de notre recherche, nous ne pouvons faire l'économie d'une analogie entre la chute du patient, et la maladie qui condamne à l'alitement. Les connaissances théoriques et pratiques permettent au soignant de chevet d'occuper deux champs : les soins du corps et l'alimentation. Nous choisissons de poursuivre notre travail de recherche autour de la toilette. Elle s'inscrit dans le continuum des soins du *care* préalablement symbolisés et représentés par le relever, puis la réfection de lit. Elle engage là encore le corps, celui du patient blessé, et du soignant sans médiation autre que lui-même. La toilette du patient ayant chu, maintenant alité, sera l'objet de la troisième partie de cette thèse.

TROISIÈME PARTIE

UNE HISTOIRE DE TOILETTE

CHAPITRE XVIII – PETITE HISTOIRE DES USAGES DE LA TOILETTE, PRATIQUES, REPRÉSENTATIONS ET DISCOURS

1. D'une prescription à l'autre

« Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, de remplir, selon ma capacité et mon jugement, ce serment et ce contrat... ». Le Serment d'Hippocrate⁵²³ se réfère à deux déesses⁵²⁴ : Hygie et Panacée. Fille d'Asclépios, dieu de la médecine, la première est la déesse grecque de la santé et de la propreté ; elle symbolise la prévention et représente la santé mentale et physique. La seconde, sa sœur Panacée, est guérisseuse grâce aux herbes et potions. Nous parlons aujourd'hui d'hygiène de vie, d'hygiène alimentaire, et d'hygiène mentale, dans une visée préventive des troubles physiques et psychologiques. Par exemple, il sera hygiénique de se nourrir avec tempérance, comme nous l'explique

⁵²³. Contrat qui fixe en sa première partie les garanties morales et financières des seuls disciples extérieurs à la famille des Esculapes. Il décrit en deuxième partie les règles d'éthique du médecin envers son patient et entourage.

⁵²⁴. *Serment d'Hippocrate* in Œuvres complètes d'Hippocrate, vol. 4, Paris, 1844, Baillière, pp. 628-632. Texte grec éd. É. Littré, trad. de J. Jouanna, *Hippocrate*, Paris, Librairie Athème Fayard, 1992.

Aristote⁵²⁵, pour éviter les conséquences néfastes d'une suralimentation. Ainsi la médecine déploie-t-elle son activité sur deux domaines : la prévention et la guérison.

Hygiène a pour racine le mot grec *hugienon*, santé. « Elle est l'ensemble des soins apportés au corps pour le maintenir propre »⁵²⁶ et « partie de la médecine qui traite des règles à suivre pour la conservation de la santé dans les différents âges, les différentes constitutions, les différentes conditions de la vie et les différentes professions⁵²⁷ ».

Tout d'abord, il y a l'eau. Dans la plupart des sociétés antiques, elle est sacralisée, et l'ablution précède toute initiation. Au cours du baptême chrétien, par le sacrement, elle a le pouvoir d'effacer le péché originel. « Le corps n'est pas isolable du sujet dont il incarne l'existence.⁵²⁸ ». L'homme est un, il a certes un corps mais il est aussi son corps, loin d'être déconnecté du monde, il fait partie intégrante du chant de l'Univers. Se purifier par l'eau n'est pas seulement une question de propreté. L'eau, substance de bien, matière transportant en elle sa puissance onirique, telle que l'eau de Jouvence⁵²⁹, efface le péché originel et purifie l'âme. La purification se fait plus par aspersion que par immersion : « vous m'arroserez avec l'hysope, et je serai purifié⁵³⁰ ». En outre, elle est dotée d'une double nature et d'une double fonction, celle de nettoyer en « pénétrant le corps et l'âme, et de leur communiquer sa fraîcheur, sa limpidité, sa pureté...⁵³¹ » et de

⁵²⁵. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, pp. 97 à 101.

⁵²⁶. *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 557.

⁵²⁷. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, p. vol. 4, p. 682.

⁵²⁸. Le Breton, David, *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Clamecy, Méridiens Klincksieck, 1991, p. 12.

⁵²⁹. Bachelard, Gaston, *L'eau et les rêves. Essai sur l'imagination de la matière*, Mayenne, Les presses de l'imprimerie de la manutention, 1983, p. 166.

⁵³⁰. Bachelard, Gaston, *op. cit.*, p. 167 : « L'hysope des Hébreux était la plus petite des fleurs qu'ils connussent ; c'était probablement, une mousse qui servait d'aspersoir. »

⁵³¹. Illich, Ivan, *Œuvres complètes, volume 2*, La Flèche, Éditions Fayard, 2005. p. 482.

purifier. La toilette du mort l'illustre. Elle le libère de ses « souillures terrestres », et protège le vivant de son espace touché par la mort.

L'eau évoque aussi les flots qui, du rivage des gens normaux, éloignent ceux qui déraisonnent. Au Moyen-Âge, une coutume consiste à écarter les fous des villes, laissant leur nef, « vaisseau-fantôme », divaguer au gré des vents et des courants⁵³². Ces eaux éloignent mais gardent aussi leur fonction de purification.

Le corps considéré comme vil et abject entraîne le mépris des soins du corps, de l'hygiène et plus particulièrement des soins autour de la grossesse, de la naissance, qui sont perçus comme dégradants, vils, marqués par la souillure et l'impureté⁵³³.

Pour l'Église, l'esprit impose sa suprématie sur le corps et les sens. Par conséquent, la sexualité, en filigrane, apparaît comme immonde. Dans les bains publics et étuves, nous raconte Georges Vigarello⁵³⁴, les mœurs se détendent, puis au fil des jours, se relâchent. Ces espaces deviennent des lieux fastes, où l'utilité hygiénique se fait parent naturel, « [s'] encoquinant » dans la luxure. D'abord recommandés par le clergé, ces bains deviennent suspects, peu à peu. En effet, ce sont des établissements où règne la promiscuité, avec son cortège de mœurs douteuses : débauche et prostitution. Dès lors, dans ces lieux publics, la mixité est interdite à partir du XVI^e siècle. Cependant, les notables possèdent le bain, objet d'ambivalence, car lieu d'hospitalité, il balance entre valeur morale (celle de faire honneur à l'hôte pour sa venue) et séduction frivole. Il est prétexte à plaisir des sens.

Dès le XVI^e siècle, l'apparition de la syphilis et de la peste met un terme au bain devenu une institution.

⁵³². Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, p. 118.

⁵³³. Delomel, M.-A., *La toilette dévoilée : analyse d'une réalité et perspectives soignantes*, Paris, Seli Arslan, 1999, p. 104.

⁵³⁴. Vigarello, Georges, *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil, 1985.

Aux Pays-Bas, Érasme en fait le constat en 1526 : « Il y a vingt-cinq ans, rien n'était plus en vogue dans le Brabant que les bains publics ; aujourd'hui il n'y en a plus, la nouvelle peste nous a appris à nous en passer. » Ailleurs, lorsqu'ils existent encore, les médecins les plus réputés interdisent de les fréquenter⁵³⁵.

Le corps est alors une entité perméable, poreuse, pouvant laisser percoler une eau maintenant sournoise. Associée à la chaleur, n'engendre-t-elle pas des fissures ? Et « Les corps dont les pores restent ouverts sont les plus aptes à subir l'infection⁵³⁶. » En outre, des rumeurs de « grossesses d'étuves dues à l'imprégnation du sexe féminin par quelque sperme itinérant dans les tiédeurs de l'eau⁵³⁷ » se propagent. L'inquiétude face à cette envahissante infiltration venant de l'extérieur trouve son écho dans un ennemi intérieur, celui du déséquilibre des humeurs : humeurs dont la théorie dite *humeuralisme*⁵³⁸, envahit les esprits.

Le médecin florentin cite parmi les personnes « plus facilement atteintes », celles dont la peau et les organes sont envahis d'humidité, celles dont l'excès d'humeur a favorisé les ouvertures, celles dont la fatigue, la transpiration ou la chaleur ont distendu les pores⁵³⁹.

Plus tard, au XVII^e siècle, le corps devient mécanique, le dualisme corps-âme s'établit. Le corps et l'âme sont séparables, distinction que proposait Descartes pour mieux la déconstruire plus loin. Dans *Les Méditations métaphysiques*, le philosophe isole le corps (la substance étendue) de l'âme (la substance pensante)⁵⁴⁰. « J'ai un corps » dit-on et non « Je suis mon corps ». L'article

⁵³⁵. Laneyrie-Dagen, Nadejje ; Vigarello, Georges, *La toilette, Naissance de l'intime, The invention of privacy*, Paris, Éditions Hazan, 2015, p. 33.

⁵³⁶. Vigarello, Georges, *Le sain et le malsain, Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, l'Univers historique Seuil, Paris, 1993, p. 52, cite : J. Soldi, *Antidotario Per il tempo di peste* (XV^e siècle), Florence, 1630, p. 19.

⁵³⁷. *Idem*, p. 19.

⁵³⁸. Humeuralisme : représente un corpus théorique où tout est question d'humeurs (du latin *umor* qui signifie liquide) qui sont au nombre de quatre : le sang, la lymphe, la bile, l'atrabile. Les bons comme les mauvais fluides circulent en notre corps et la maladie serait due à leur déséquilibre et, notamment, lorsque les mauvaises humeurs sont plus importantes que les bonnes.

⁵³⁹. Vigarello, Georges, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, *op. cit.*, p. 52.

⁵⁴⁰. Descartes, René, *Méditations métaphysiques*, Paris, Garnier/Flammarion, 2009/1641, p. 185 : « Et quoique peut-être (ou plutôt certainement, comme je le dirai tantôt) j'aie un corps auquel je

indéfini, dans la première affirmation, suggère l'aléatoire, l'impersonnel de ce corps. « L'avoir » implique une distinction radicale, une distanciation entre le sujet et son corps, comme si ce dernier était objet toujours extérieur au « je ». Pourtant je ne peux ni en faire le tour comme d'un quelconque objet (*ob-jet*) c'est-à-dire devant nous, ni accéder à ses profondeurs⁵⁴¹. Aussi nous pensons que non, je n'ai pas un corps mais que le corps est mien, cela lui permet d'échapper à l'objectivation. Et je ne suis pas non plus mon corps, car ce serait réduire le corps au je. Certes avec lui, je peux prendre de la distance jusqu'à une certaine limite, action impossible avec ma pensée, car elle se heurte à elle-même, précisément. Ma pensée est cependant constitutive de mon corps, elle s'inscrit en lui. La célèbre sculpture « Le Penseur⁵⁴² » l'illustre parfaitement.

Revenons à Descartes, après avoir distingué l'âme du corps, le philosophe montre leur union : « Je ne suis pas seulement mon corps ». L'âme n'est pas d'un côté et le corps de l'autre, mais ne se réduit pas non plus à une addition.

La nature m'enseigne aussi par ces sentiments de douleur, de faim, de soif, etc., que je ne suis pas seulement logé dans mon corps, ainsi qu'un pilote en son navire, mais, outre cela, que je lui suis conjoint très étroitement et tellement confondu et mêlé, que je compose comme un seul tout avec lui. Car, si cela n'était lorsque mon corps est blessé, je ne sentirais pas pour cela de la douleur, moi qui ne suis qu'une chose qui pense, mais j'apercevrais cette blessure par le seul entendement, comme un pilote aperçoit par la vue si quelque chose se rompt dans son vaisseau ; et lorsque mon corps a besoin de boire ou de manger, je connaîtrais simplement cela même, sans en être averti par des sentiments confus de faim et

suis très étroitement conjoint ; néanmoins, parce que d'un côté j'ai une claire et distincte idée de moi-même, en tant que je suis seulement une chose qui pense et non étendue, et que d'un autre j'ai une idée distincte du corps, en tant qu'il est seulement une chose étendue et qui ne pense point, il est certain que ce moi, c'est-à-dire mon âme, par laquelle je suis ce que je suis, est entièrement et véritablement distincte de mon corps, et qu'elle peut être ou exister sans lui. »

⁵⁴¹. Merleau-Ponty précise dans : « Ce qui l'empêche d'être jamais un objet, d'être jamais complètement constitué, c'est qu'il [le corps] est ce par quoi il peut y avoir des objets. Il n'est ni tangible, ni visible dans la mesure où il est ce qui voit et ce qui touche. Le corps n'est donc pas l'un quelconque des objets extérieurs qui offrirait cette particularité d'être toujours là. S'il est permanent, c'est d'une permanence absolue qui sert de fond à la permanence relative des objets à éclipses, des véritables objets. » Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945 p. 108.

⁵⁴². Rodin, Auguste, Sculpture *Le Penseur*, Paris, Musée Rodin, 1882.

de soif. Car en effet tous ces sentiments de faim, de soif, de douleur, etc., ne sont autre chose que de certaines façons confuses de penser, qui proviennent et dépendent de l'union et comme du mélange de l'esprit avec le corps⁵⁴³.

Après la première étape, qui était de distinguer le corps de l'esprit, Descartes s'éloigne de la philosophie spéculative pour nous sensibiliser au monde humain. Il nous rappelle à ce qu'il y a de plus humain dans la réalité humaine : l'exemple de la douleur nous montre l'inséparabilité de notre âme d'avec notre corps. Lorsqu'il y a douleur, il y a aussi modification de mon corps et de mon âme. Non pas l'unité, mais l'union de l'âme et du corps est ici évoquée par cette faculté de sentir. L'homme ressent du plaisir, et il éprouve de la douleur. L'union de l'âme et du corps s'érige comme une troisième entité : elle n'est pas âme additionnée au corps mais elle est originairement pensée. Quand j'éprouve de la douleur dans ma chair, c'est mon esprit qui sent la douleur et non mon corps, et mon esprit ne sentirait pas la douleur s'il n'avait pas un corps. En outre, le corps n'aurait point conscience de la douleur en l'absence de l'esprit. Ainsi le regard dichotomique cartésien, nécessaire initialement pour mieux le dépasser, persiste-t-il au fil du temps et encore de nos jours, avec toutefois quelques transgressions. Cette étape distinguant l'âme du corps, est celle qui sera retenue comme paradigme dans nombre de sciences, notamment en médecine⁵⁴⁴.

Nous sommes au XVIII^e siècle, et l'absence de saleté dans sa matérialité est en quelque sorte la mesure de l'illustration concrète et visible de l'invisible. Le clergé recommande un bain hebdomadaire car la propreté du corps est témoin, encore et toujours, de la pureté de l'âme. Quant au diable, il se love dans l'âme de l'homme pauvre et laid.

⁵⁴³. Descartes, René, *Méditations métaphysiques*, *op. cit.*, pp. 191-193.

⁵⁴⁴. Cuenangia, Pierre, Les chemins de la philosophie, France culture, 13/07/2017, consulté le 10/06/2018.

Plus qu'une bonne intention pour le citoyen, l'institution du bain exerce avant tout un pouvoir de contrôle sur ce qui est au plus près de l'individu, c'est-à-dire son corps. Jusqu'au début du XX^e siècle, cette prise de pouvoir s'étend au milieu psychiatrique⁵⁴⁵. Les baignoires s'alignent dans une salle commune, sans aucune séparation. Parfois, une planche avec une ouverture circulaire recouvre la baignoire. Toutefois, elle permet au malade de passer la tête. Le bain obligatoire, la mise à nu, la confiscation des effets personnels, le regard de l'autre sur sa nudité, toutes ces contraintes accentuent l'asymétrie et constitue le « processus de mortification »⁵⁴⁶. Ces blessures de l'intégrité du corps et de l'esprit travaillent pour une dépersonnalisation. Instrument hygiénique, le bain devient une mesure de contrainte :

Ainsi en 1939, Valentine M. est transférée du secteur de la médecine interne vers l'Institut. Âgée de trente-quatre ans, cette femme restera pendant trente-cinq jours en psychiatrie. La patiente, après avoir « ri sans raison et [...] jeté son gobelet par la fenêtre », est mise au bain dès son entrée. Comme elle reste agitée, elle passe vingt-six heures dans la baignoire. Avec seulement deux interruptions de quinze minutes⁵⁴⁷.

Mais il est aussi lieu d'observation, laquelle remplace la parole suspecte du patient. Dans ce contexte, la baignoire devient dispositif pour l'infirmier, au service d'un examen clinique, scrutant les ecchymoses, scarifications et autres... Enfin, le bain est aussi balnéothérapie, thérapie par le bain, et notamment le bain chaud qui a pour vertu d'apaiser le patient.

Ainsi la question de l'hygiène, et plus précisément du bain, passe de la tutelle de l'ecclésiastique à celle du médecin. Elle devient exclusivement objet d'indication thérapeutique, « [...] l'eau aiguise la vue : un rapprochement

⁵⁴⁵. Majerus, Benoît, *La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie*, Genèses 2011/1 (n°82), p. 101, Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-geneses-2011-1-page-95.htm> consulté le 10 juin 2018.

⁵⁴⁶. *Idem*, p. 102, consulté le 10 juin 2018.

⁵⁴⁷. *Ibidem*, p. 103, consulté le 10 juin 2018.

analogique entre l'eau et le milieu humide de l'œil, les bains deviennent superflus, et mêmes néfastes⁵⁴⁸». Au-delà des vertus thérapeutiques, ne creusent-ils pas le lit de l'oisiveté, mère de tous les vices ? Dès lors, par quelle ingénieuse esquivance allait-on parer à ce risque de décadence ?

2. Un peu de parfum, de poudre et de fard

À partir du XVI^e siècle, la toilette sèche est de mise, on se frictionne et on se parfume pour cacher les odeurs. Le fard, le poudrage des cheveux et parfum sont incontournables. Seules, les parties visibles sont nettoyées : ainsi, on se lave les mains, la bouche, mais on s'essuie le visage. Quant au bain des nouveau-nés, il n'a pas pour fonction la propreté mais le remodelage du corps. Jusqu'au XVIII^e siècle, siècle des Lumières, l'image du corps demeure celle d'un corps poreux, et l'eau reste un élément inquiétant, insaisissable : « Les substances les plus diverses doivent saturer la peau. Le sel, l'huile, la cire en particulier servent à boucher les pores. Les jambes du Dauphin le futur Louis XIII ne sont pas lavées avant l'âge de six ans⁵⁴⁹». Ces tentatives de barricades corporelles font-elles écho au retranchement dans ses propres murs d'une population effrayée ? Retranchement quasi psychotique, face à une déferlante obscure d'épidémies ?

L'eau n'est-elle pas liée à la folie, comme nous le rappelle Michel Foucault ? Parce qu'elle l'a drainée, a-t-elle été de fait, contaminée ?

Dans ce contexte, quelle voie, autre que celle de l'ablution, le geste de la propreté va-t-il emprunter ?

⁵⁴⁸. Vigarello, Georges, *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, op. cit., p. 25.

⁵⁴⁹. *Idem*.

3. Du geste de propreté

Il se déplace sur les objets : la blancheur du linge et l'absence de maladie en sont le signe.

Ce qu'affirme aussi Charles Perrault, l'auteur des Contes, dans le Parallèle des Anciens et des Modernes (1688) : Il ne tient aussi qu'à nous de faire de grands bains, mais la propreté de notre linge et l'abondance que nous en avons, qui nous dispensent de la servitude insupportable de se baigner à tous moments, valent mieux que tous les bains du monde. » Et ce que répète le voyageur Martin Lister en 1698 : « une bonne chemise de toile changée tous les jours vaut, à mon avis, le bain quotidien des Romains⁵⁵⁰ ».

Et plus encore : le linge par sa blancheur a pour vertu de rendre propre le corps. Il a cette qualité d'aimer la crasse⁵⁵¹. L'espace intime du corps est comme effacé, le linge visible en est comme le paravent et sa doublure : « Le regard évalue à la blancheur des chemises, la propreté de la personne⁵⁵² ». Pour ce qui est du pauvre bougre, nous pouvons supposer qu'il ne peut se soucier ni de sa propreté, ni de sa crasse. Ceci n'est que distraction, donc nullement à sa portée. Car la propreté est bien ici distinction sociale. De nos jours, la pauvreté et la saleté, tout comme la pauvreté et la mauveté sont toujours condamnées à devoir faire bon ménage.

L'eau reste inquiétante, mais quelques aristocrates, dès le XVIII^e siècle, acceptent l'immersion du bain ; les précautions de purges et de repos qui suivent, sont toujours de rigueur. Dans ce milieu, le bain chez les femmes est raffinement et sensualité. La propreté n'est plus dans le visible mais peu à peu, elle naît de *l'intérieur*. Elle est interne ; les valeurs du paraître s'effacent par l'affirmation d'autres valeurs *intérieures*. La propreté se fait fonctionnelle et rationnelle :

Elle facilite excréments d'humeurs et mouvements de sang. Elle défend ses physiologies.

⁵⁵⁰. Laneyrie-Dagen, Nadeije ; Vigarello, Georges, *La toilette, Naissance de l'intime, The invention of privacy, op. cit.*, p. 68.

⁵⁵¹. Vigarello, Georges, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge, op. cit.*, p. 105.

⁵⁵². *Idem*, p. 73.

Elle entretient circulation et mouvement interne, permettant même de mieux prévenir la maladie... La crasse serait dangereuse parce que bloquant les issues de surface⁵⁵³.

Elle connote la santé. D'une peau-barricade, à l'image des maisons fermées, face aux risques de contagions, assistons-nous, dans ce siècle des Lumières, à une réouverture progressive du corps ?

4. De la propreté pour traitement

La propreté concerne maintenant directement le corps, corps dont l'image est remaniée. Il n'est plus poreux ni même perméable aux quatre vents. L'hydrophobie laisse place à l'hygiène par le bain. Ce dernier rend fort, surtout lorsque l'eau est froide. Elle est tonifiante et présage de possibles actions. L'eau chaude détend toujours un peu, jusqu'à alanguir, et elle encourage une posture lymphatique. Hygiène et propreté se retrouvent. « Le froid suscite des contractions qui revitalisent force vitale interne⁵⁵⁴ ». Le froid est stimulant. Les hygiénistes du bain froid et les experts de l'inoculation avancent le même argument : tout comme le microbe, dès le premier contact, le froid immunise le corps, le renforce. Face à l'angoisse suscitée par notre mortalité, la propreté s'inclut dans l'arsenal destiné à la combattre ; et l'eau, élément qui prolonge la vie en est le vecteur principal. L'eau-de-vie elle-même est pensée comme l'eau qui prolonge la vie, son nom se mettant en concordance avec l'action⁵⁵⁵. Toutefois, nous retrouvons cette eau au moment des ablutions après la mort, c'est-à-dire du mort.

De nos jours, en milieu hospitalier, l'hygiène omniprésente masque cette angoisse. Nous hésitons parfois à serrer la main du patient, ou bien nous utilisons

⁵⁵³. Vigarello, Georges, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, op. cit., pp. 153-154.

⁵⁵⁴. Vigarello, Georges, *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, op. cit., p.154.

⁵⁵⁵. *Idem*, p. 84.

non pas une paire de gants mais deux, si nécessaire. Parfois, ce respect de l'hygiène que nous devons suivre nous amène à basculer dans une crainte exacerbée des microbes, confinant à la phobie : dans le quotidien de notre privée, en dehors des services de soin, nous tombons alors dans des rituels de lavage déraisonnables. Il est aisé de reconnaître un soignant à la manière dont il se lave les mains.

Puis, au milieu du XVIII^e siècle, le bidet, support astucieux, trapu, de l'ancien français qui désignait un poney, fit son apparition. Notamment, il est utilisé pour la toilette intime. « L'appartement moderne isole lui de plus en plus les toilettes dans un réduit obscur, où l'on range comme dans un placard les derniers vestiges de la pudeur⁵⁵⁶ ». Dans la chambre, la chaise garde-robe, ou plus communément la chaise-pot ou chaise percée, est un support pour la toilette. Elle devient visible. Dans le cabinet de toilette, elle est rejetée à l'abri des regards. « L'isolement, celui des sanitaires surtout, permet d'allier deux ambitions : “ celle de la propreté et celle de la morale ”⁵⁵⁷ ». Morale est ici utilisée dans son acception commune, autrement dit comme un « ensemble de normes, de règles de conduites propre à une société donnée⁵⁵⁸. » Cette pseudo alliance a traversé les siècles, et aujourd'hui perdure. En effet, est suspecté de malhonnêteté celui qui paraît sale.

À la fin du XVIII^e siècle, l'idée d'un bain pour le peuple germe mais s'avère ni utile, ni incontournable.

Le bain jusqu'alors, pratique de détente, devient acte populaire de toilette au début du XIX^e siècle. L'initiation à l'hygiène corporelle supplante la leçon de catéchisme. L'institutrice, au plus près de ses écoliers, devient l'agent de propreté.

⁵⁵⁶. Bologne, Jean-Claude, *Histoire de la pudeur*, Paris, Olivier Orban, 1986, p. 157.

⁵⁵⁷. Vigarello, Georges, *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, op. cit., p. 284.

⁵⁵⁸. *Le Petit Larousse illustré*, op. cit., p. 706.

Ses visites sont formalisées, officielles. Le pain de savon est l'objet indispensable pour purifier le corps : « la peau bien nettoyée est plus assouplie, elle fonctionne et elle respire mieux⁵⁵⁹. » Le propre est utilitaire. Il a pour obsession la santé ; elle en est la légitimité. La purification du corps par l'eau semble irrémédiablement liée à un besoin de morale. Mais dans le même temps, cet élément incolore, inodore, susciterait-il quelque désir ?

5. De la propreté comme discipline

« Le bain est une pratique immorale, de tristes révélations ont appris les dangers pour les mœurs de demeurer une heure, nu dans une baignoire⁵⁶⁰. » L'eau n'est certes plus inquiétante car elle ne franchit plus la barrière cutanée ; elle ne s'infiltré plus ni ne draine jusqu'au tréfonds de notre intérieur, les souillures, cause de toutes les maladies. Cependant, les gestes deviennent suspects. Les bains publics émergent, ils ne sont plus mixtes ; pour le bain à domicile, les baignoires portatives sont des ustensiles à louer. « La propreté appelant la propreté, celle de l'habitation demanderait celle du vêtement, celle du corps et par la suite celle des mœurs. La saleté ne serait que la livrée du vice⁵⁶¹. » Si la propreté perd l'aura sacrée dont elle bénéficiait au Moyen-Âge, elle devient la mesure de l'ordre moral. Dès lors, on dicte l'hygiène aux indigents, pour lutter contre la dégénérescence de tout un peuple. Tout comme l'hôpital, les autres institutions de l'État : l'armée, la prison, dans lesquelles les premières douches apparaissent, ont alors pour fonction la gestion des âmes par des procédés d'ordre disciplinaire⁵⁶². Elles sont alors le porte-drapeau de cette cause nationale qui est l'hygiène, adressée à la masse de la société devenue industrielle. S'agirait-il là d'un moyen

⁵⁵⁹. Vigarello, Georges, *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, op. cit., p. 186.

⁵⁶⁰. *Idem*, p. 188.

⁵⁶¹. *Ibidem*, p. 208.

⁵⁶². Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, op. cit., p. 35.

radical, pour contrôler le corps de chacun, en vue de le dresser ? Et le dressage du corps n'est-il pas un subterfuge pour mieux l'effacer⁵⁶³ ? Car ses odeurs, si nous les répugnions, serait-ce peut-être qu'en premier lieu, elles nous rappellent l'existence même de notre corps ? L'hygiène, hantée par la crainte de la dégénérescence, s'impose dès lors comme instrument de discipline. Et en tant que telle, elle en dicte les normes. Elle s'érige en instance à travers l'Office international d'hygiène public. Cette posture de l'hygiène prit effet en même temps que naissait une « anatomie politique⁵⁶⁴ », recourant à de nouvelles techniques : le travail « à la chaîne », les systèmes optiques, qui permettent de surveiller sans être vu, autant de méthodes qui servent un pouvoir dont la finalité serait un corps docile et enchaîné, soumis pour mieux servir l'économie.

Cette institutionnalisation de la propreté répondrait également à un idéal, « le grandissement de la patrie, de la race et de l'humanité⁵⁶⁵ ». Le projet dépasse l'individu, car sous une autorité étatique, la protection d'une nation est visée.

Puis, au XX^e siècle, les réseaux d'approvisionnement et de distribution d'eau sont maîtrisés. Lavabo, douche, baignoire, le tout-à-l'égout, facilitent la toilette. L'utilisation des produits cosmétiques explose. Ils ne masquent plus la saleté, mais souvent peaufinent la toilette.

Au XXI^e siècle, la toilette à l'eau, sous la douche, dans une baignoire, ou au-dessus d'un évier, chez soi, est chose acquise pour une majorité de personnes. Mais avant de devenir un acte quotidien, allant de soi, la toilette a connu des voilements et des dévoilements, au gré des mentalités et selon les époques.

⁵⁶³. Lebreton, David, *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps, op. cit.*, p. 91.

⁵⁶⁴. Foucault, Michel, *Surveiller et punir, op. cit.*, p. 162.

⁵⁶⁵. Vigarello, Georges, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge, op. cit.*, p. 285.

Au fil des siècles, elle charrie avec elle bien des ambivalences ; serait-elle toujours objet d'un clair-obscur ?

Qu'en est-il aujourd'hui de la toilette faite au malade, dont le corps affaibli empêche son accomplissement ? Est-elle essentiellement invisible ou le deviendrait-elle parce qu'elle sous-entend d'autres enjeux ?

CHAPITRE XIX – LA TOILETTE À L'HÔPITAL

1. Madame L.

Je referme la porte derrière moi ; combien de temps ai-je passé dans sa chambre ? Madame L. est maintenant comme dépliée et confortablement enveloppée dans ses draps.

Ce matin, comme bien souvent, dès mon arrivée, une odeur de renfermé, une odeur âcre d'urines, d'antiseptique et de café, à la fois, se laisse deviner dans la pénombre de ce long couloir. Et la dernière « pression » de ma blouse, pas même appliquée que, déjà, à cette heure bien matinale, mes collègues de nuit me transmettent, comme une litanie, les informations sur les pathologies et traitements et ce, pour chacun des vingt-quatre patients hospitalisés.

Madame L., est âgée de soixante-quinze ans, elle est entrée la veille pour une altération de son état général. Elle était couturière et habite dans le quartier depuis cinquante ans. Elle vit dans un appartement de deux-pièces. Veuve depuis bientôt un an, elle dit qu'elle a perdu le goût de vivre. Elle est sans enfant, asthénique, et ne peut subvenir à ses besoins du quotidien.

Je frappe à la porte, je me surprends à faire mine d'entendre « Entrez », et

j'ouvre la porte. Je ne suis plus dans la salle de soins ouverte, pratique, territoire sanctuarisé. Je ne suis plus dans ce corridor neutre, public. J'ai franchi le seuil de la chambre de Madame L. Je referme sur nous la porte.

Dois-je nécessairement allumer ce néon implacable, ou bien lui laisser le temps d'émerger douloureusement ou avec soulagement de sa nuit ? J'allume la salle d'eau attenante à la chambre. La lumière découvre déjà grossièrement madame L. dans son lit en brouillon. Pour la première fois de ma vie, j'entrevois son visage. Et pour la première fois de sa vie, certainement, elle me voit.

Le temps de remplissage de la bassine rouge en plastique me permet de m'imprégner de cette atmosphère. L'air de la pièce est saturé. Je dois rassembler mes idées pour aborder au mieux la patiente. Tout d'abord, me présenter de nouveau. Tout de même, n'est-ce pas là, la moindre des choses ? Comment ne pas se présenter, alors que je suis cette étrangère qui va mettre à nu le corps de Madame L. pour sa toilette ?

2. Une curieuse rencontre

Il y a la toilette définie comme « action de laver, de coiffer, d'habiller ; ensemble des soins de propreté du corps⁵⁶⁶. » Elle trouve son étymologie dans le verbe latin « *texere, textus*, qui signifie tisser, puis la *tela*, ou toile⁵⁶⁷ ». Au XIV^e siècle, par extension de son champ sémantique, elle se transforme et devient la petite toile, linge étalé sur une table, linge qui au XVII^e est appliqué sur une table particulière portant un miroir. Par cette seconde extension, cette même table devient à son tour table de toilette.

On appelait toilette la toile qui servait à envelopper des vêtements ou objets précieux, celle

⁵⁶⁶. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 1059.

⁵⁶⁷. Rajablat, Marie, *La toilette, voyage au cœur du soin*, Paris, Masson, 2007, p. 1.

aussi qui contenait tout ce qui était nécessaire à l'ajustement d'une femme... on étendait cette toile ou petite toile sur une table qui en prit le nom, ainsi que l'ensemble du vêtement qu'on ajustait devant elle⁵⁶⁸.

Le terme traduit ensuite le soin qui est de se nettoyer, sans ablution, se coiffer et s'habiller tout en se mirant. Elle représente aussi vêtements et accessoires pour la parure mais pas seulement. Sa polysémie s'étend de la toile dans laquelle certains marchands ambulants transportaient leur marchandise, à l'entremetteuse, marchande ou revendeuse à la toilette. Elle désignait également la crépine qui sert à envelopper certaines pièces de charcuterie et de boucherie⁵⁶⁹...

Les toilettes, au pluriel, signifient également le lieu d'aisance : petit espace clos, utilisé pour se soulager des déjections corporelles.

Celle qui nous préoccupe n'est ni toilette haillon, ni toilette élégance : la nôtre est celle qui dénude celui que nous accueillons.

De la robinetterie vétuste, l'eau coule dans la bassine, lentement et bruyamment. Madame L. est incontinent, et sa protection est sans doute souillée. L'air est imprégné d'une odeur familière, désagréable. Certainement, je dois rapidement... Pour éviter toute macération, rougeurs, infection dues aux fèces et urines, je lave en priorité la région périnéale.

N'est-ce pas là un curieux tableau, pour une première rencontre ? Dans aucun autre contexte que celui du soin, nous nous trouvons dans une telle situation. Nous sommes elle et moi, deux inconnues, face à face, l'intention première étant, pour l'une, d'être prise en soin et, pour l'autre, de prendre soin. C'est cette intention première, attentive, qui nous permet de mener notre activité

⁵⁶⁸. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 7, pp. 1020-1022.

⁵⁶⁹. *Idem.*

avec le moins de malaise possible. Elle est la clef de voûte de nos soins. Face à la vulnérabilité d'autrui, elle nous ordonne la délicatesse.

La réalité hospitalière nous confronte quotidiennement à notre matérialité. Le malade est là, en chair et en os, *in-corporé*. Mais pour autant « La source de l'éthique est bien le corps de l'autre, ses besoins et son existence prise dans sa matérialité⁵⁷⁰. » Le corps, du latin *corpus*, « est organisme de l'homme, de l'animal. Il est la part matérielle de l'être humain par opposition à l'âme, à l'esprit⁵⁷¹. » De multiples notions du corps émergent lorsque nous l'évoquons : corps-âme, corps-esprit, corps-corps... En tant que soignants de chevet, confrontés à la « crudité » du corps dans notre quotidien, nous aborderons ce thème d'un point de vue phénoménologique.

Cette approche tentera à décrire comment il apparaît, de quelle manière, bien avant la pensée, bien avant les préjugés. Le phénomène (*phainomena* en grec, [*φαινόμενα*]) est en premier lieu l'astre et sa constellation que nous voyons si clairement par leur brillance. Il désigne, et c'est ce qui nous préoccupe, la rencontre de l'objet qui se manifeste avec la conscience du sujet⁵⁷². L'approche phénoménologique pour Merleau-Ponty est :

[...] Une philosophie pour laquelle le monde est toujours « déjà là », avant la réflexion, comme une présence inaliénable, et dont tout l'effort est de retrouver ce contact naïf avec le monde pour lui donner enfin un statut philosophique. C'est l'ambition d'une philosophie qui soit une « science exacte », mais c'est aussi un compte rendu de l'espace, du temps, du monde « vécu »⁵⁷³.

⁵⁷⁰. Pelluchon, Corine, *Les nourritures, philosophie du corps politique*, op. cit., p. 160.

⁵⁷¹. *Le Petit Larousse illustré*, op. cit., p. 296.

⁵⁷². Cassin, Barbara, (sous la direction de), *Vocabulaire Européen des Philosophies*, op. cit.

⁵⁷³. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945, p. I.

Par notre description, nous tenterons de retourner « aux choses mêmes ⁵⁷⁴», dans leur essence, telles qu'elles nous apparaissent au cours de notre rencontre avec Madame L.

3. Faire le bas

Par sa présence fatiguée, épuisée, madame L. nous appelle. Surtout, ne pas reculer d'un millimètre ou laisser même deviner une quelconque et moindre hésitation.

Je pose la bassine sur l'adaptable qui tangué comme de coutume. J'espère, qu'aujourd'hui encore, il ne descende brutalement d'un cran. L'eau est-elle à bonne température ? Je propose à madame L. de la tester avec sa main. Elle est trop fraîche. J'ajoute juste ce qu'il faut d'eau chaude.

De pouvoir surélever ce lit mécaniquement, quelle aubaine !

Dès lors, des sociétés sont justes quand elles mettent en place un soutien des institutions non seulement directement en faveur des personnes dépendantes, mais également pour offrir à celles et ceux qui dispensent le *care* des ressources, des soutiens, des opportunités de déployer leurs compétences⁵⁷⁵.

Ceci participe à l'ergonomie. Elle m'évitera de travailler le dos courbé tout au long de l'aide apportée à la patiente. Depuis toujours, nous négligeons cet aspect matériel, sous prétexte que la personne, pour laquelle nous sommes en service, est en souffrance, et que par là-même, il aurait été inopportun de s'arrêter un tant soit peu sur ces inconvénients sans grande importance.

On oublie souvent que le bien-être, en matière de relation de soin, ne tient pas seulement à la position de celui dont on s'occupe, mais également de celui qui soigne, souvent

⁵⁷⁴. Husserl, Edmund, *Premières Recherches logiques*, Paris, PUF, 1990, p. 171 : « Revenir aux choses mêmes » était la première consigne du phénoménologue Husserl, prédécesseur de Merleau-Ponty.

⁵⁷⁵. Brugère, Fabienne, *Éthique du care*, *op. cit.*, p. 74.

considéré comme invisible en matière d'histoire subjective, car réduit à son activité de soin⁵⁷⁶.

Une patiente, Madame J., atteinte d'un cancer du sein très avancé, refusait toute intervention, hormis une réfection quotidienne de pansement. Le sein malade était boursoufflé, fissuré, nécrosé par endroit, et très malodorant car purulent. Lorsque nous étions amenée à effectuer le soin, nous pensions indélicat de porter un masque, dans la crainte de la blesser davantage. Quelques jours passent, et en échangeant avec notre collègue sur cette difficulté, celle-ci nous suggéra alors l'idée de lui proposer également un masque, en même temps que nous appliquions le nôtre. À notre surprise, il s'avérait que notre patiente était elle aussi malmenée par ces odeurs, pour nous mais aussi pour elle-même. Pour toute réponse, elle nous dit : « ah je n'osais pas vous le demander ! ». Une question s'est alors imposée : notre activité prenait-elle à nos yeux plus de galon parce qu'elle était rugueuse ? Certes, nous devons prioriser la malade. Cependant, notre confort nous permet aussi d'effectuer consciencieusement notre soin sans le précipiter à cause de notre inconfort, mais il nous permet aussi de rester vaillant pour nos autres patients.

Les ridelles du lit sont baissées et j'informe madame L. de tous mes faits et gestes, évitant de la surprendre. Mes paroles sont aussi la mise en garde d'une partie de moi-même contre une autre de ses parties. Celle-ci essaie parfois de laisser celle-là se fourvoyer. Mesquinement, elle tente de lui faire croire qu'il est inutile de poser des mots puisque madame L. ne me répond pas. Il ne s'agit pas ici de parler pour combler coûte que coûte un silence. Seule dans la chambre, nous avons trouvé ce stratagème, pour éviter de succomber à la tentation d'oublier que, face à nous, se trouve un être et non un objet de soin. Nous le savons, bien souvent, l'asymétrie dans ces situations de soin est propice à l'objectivation de

⁵⁷⁶. Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, op. cit., pp. 165-166.

l'être dans sa vulnérabilité, et à l'abus de pouvoir. L'aider peut-être à rehausser sa tête, m'assurer aussi de la bonne application de la présence⁵⁷⁷, nécessaire car cela lui épargnera les regards d'autrui et une gêne supplémentaire. Je rabats le drap à hauteur de ses jambes. Madame L. porte une chemise jaune pâle de l'hôpital. Celle-ci ne provient plus de la lingerie de l'hôpital. Les couturières parties à la retraite n'ont pas été remplacées, et le service de laverie est maintenant extérieur. La chemise reste standard ; elle est « clipsée » dans le dos⁵⁷⁸. Je ne dois pas la déshabiller entièrement. Durant toute notre formation d'infirmière, ce principe qui est de ne jamais découvrir complètement le patient nous est inculqué. Le dénuder totalement participerait à sa réification, parce que précisément cela dévoilerait sa nudité d'humain. Certains souhaitent, même sous la douche, garder leurs vêtements de corps pour n'être totalement nus, et c'est là, source de dissension entre le soignant et le soigné. Et pourtant, si nous mettions un pas de côté, nous pourrions trouver ensemble une solution qui permettrait au patient de ne pas être totalement nu pour se doucher.

Pour Madame L., avant tout, il sera nécessaire de « lui faire le bas ». Pourquoi dire le bas, alors que la région périnéale se situe entre les jambes et l'abdomen ? s'agirait-il en réalité de la discrimination du bas et du haut dont la frontière est le diaphragme ? Ou bien, sous-entendons-nous par là qu'elle est la partie basse, « honteuse de l'homme, siège de la tentation, de la souffrance et de la mort⁵⁷⁹ » ?

⁵⁷⁷. Indicateur lumineux sur le côté de la porte, permettant de signaler à l'extérieur, la présence d'un professionnel dans une chambre.

⁵⁷⁸. En 2012, une pétition s'est propagée ; elle est intitulée « Pour des chemises d'hôpital respectant la pudeur et la dignité des patients ». Pour son auteure, « les patients sont affublés de la même chemise... taille unique, ouverte dans le dos, quelques boutons pression à l'arrière, et le plus souvent, découvrant leurs fesses au moindre mouvement. En se levant et en marchant un peu, un patient ainsi affublé se retrouve à moitié nu devant tous. » *Blouse à l'hôpital : vrai ou faux sur le site* « La Nouvelle République.fr », 21/08/2012, consulté le 01/07/2018.

⁵⁷⁹. Bologne, Jean-Claude, *Histoire de la pudeur, op. cit.*, p. 305.

La toilette est scindée communément en deux parties : le bas comprenant la toilette des jambes, pieds, organes génitaux, siège ; puis la toilette du haut comprenant le visage, les bras, les mains, le torse, l'abdomen et le dos. « Le haut dans l'homme est dirigé vers le haut de l'univers, et l'homme, entre tous les animaux est le seul qui se tienne droit⁵⁸⁰», debout⁵⁸¹. Le corps est abordé d'une manière scindée, pas seulement entre le bas et le haut mais aussi en de multiples parties. Cette technique de soins vise à désérotiser la relation, engendrant un risque de réification de celui que nous soignons. Aujourd'hui, un nouveau terme lapidaire s'impose : TMC. Cet acronyme signifie « tête-mains-cul ». Cela nous rappelle curieusement ce qu'était la toilette du XVII^e siècle, dont la finalité était de laver les parties visibles. À ceci près : ici, la toilette s'intéresse aussi au bassin, postérieur et périnée, notamment pour les personnes incontinentes. En outre, au XVII^e siècle, ce type de toilette était partie intégrante d'une culture.

TMC, dans sa brutalité trahit une réalité violente et effrénée dans les services de soins. Dans nombre d'EHPAD, elle est particulièrement prononcée. Que de stagiaires, après leur premier stage, s'en retournent, moins choqués de découvrir que le corps vieillissant s'affaisse peu à peu que du travail à la chaîne, trop souvent dénué de douceur. Dans le champ du soin, il existe des sous-catégories, corrélant le super-soignant au niveau de technicité de pointe qu'il pratique. Cette logique de l'éclatante performance ne peut que mépriser ce qu'on désignait sous les termes de maisons de retraite. En effet, elles hébergent des personnes considérées comme inutiles, de même que ceux qui en prennent soin,

⁵⁸⁰. Aristote, *Traité des Parties des animaux, Livre II, op. cit.*, chapitre X.

Note : « Dans l'ordre naturel : c'est-à-dire dans le sens de l'axe même du monde, et « vers le haut de l'univers. » Ceci est vrai à la lettre, autant du moins tel que l'univers nous est actuellement connu ; c'est le pôle qui doit nous servir de point de repère d'abord, puisque notre terre semble tourner autour de lui. »

⁵⁸¹. Il est le seul dont la posture de base est de se tenir debout, alors qu'un certain nombre d'animaux se tiennent debout, seulement par moments : l'ours, le singe, etc. Au temps d'Aristote, cette réalité scientifique n'était sans doute pas connue.

par conséquent, des soignants de seconde zone. Ainsi, les moyens qui leur sont alloués par notre système prônant l'illusoire invulnérabilité et performance ne sont pas en regard de leur valeur sociale. Bien évidemment, cette catégorisation a un impact sur le choix d'orientation de bons nombres d'étudiants, qui préfèrent d'abord « [...] "techniquer" dans des services de pointe, et voir après... »

Mais poursuivons notre questionnement sur le vocable « bas ». C'est une zone du corps qui renvoie à la nature, et à l'être emblématique de la nature : l'animal. Dans l'échelle inventée par l'homme, rappelons-le, l'animal se trouve à l'étage inférieur, faisant de lui « un humain raté », animal perçu seulement à travers ce qu'il a de moins que l'homme. Il est conçu comme un être inférieur car comparé par l'homme et à l'homme dans ce qu'il n'a pas, plus précisément les capacités intellectuelles⁵⁸². Dans cette approche anthropomorphique, l'animal n'est jamais pensé comme un être pouvant accéder au monde par d'autres voies, car appartenant à une espèce qui ne parle pas (*αλογον* : *alogon*)⁵⁸³. Mais si l'animal est situé sur un plan inférieur à l'humain, il peut être opportun parfois d'approcher son existence ; c'est ainsi que Michelet l'évoque à travers le parcours des frégates : « Au rebours de nous, qui sommes sans cesse rappelés à la terre, elles semblaient graviter en haut. Jamais je ne vis l'image d'une liberté plus souveraine⁵⁸⁴. » Le haut, tout en nous éloignant du sol, par le vol nous délie de la pesanteur⁵⁸⁵. Le haut et le bas empruntent au ciel et à la terre leur valeur

⁵⁸². Pelluchon, Corine, *Les nourritures, philosophie du corps politique, op. cit.*, pp. 118-133.

⁵⁸³. *Idem*, p. 118.

⁵⁸⁴. Michelet, Jules, *La nature, l'insecte, la mer, la montagne*, Paris, Larousse, 1930, p. 63.

⁵⁸⁵. Pour Michelet : « C'est dans son meilleur âge, dans sa première et plus riche existence, dans ses songes de jeunesse, que parfois l'homme a la bonne fortune d'oublier qu'il est homme, serf de la pesanteur et lié à la terre. Le voilà qui s'envole, il plane, il domine le monde, il nage dans un trait de soleil, il jouit du bonheur immense d'embrasser d'un regard l'infini des choses qu'hier il voyait une à une. Obscure énergie de détail, tout à coup lumineuse pour qui en perçoit l'unité ! Voir le monde sous-sol, l'embrasser et l'aimer ! Quel divin et sublime songe !... Ne m'éveillez pas, je vous prie, ne m'éveillez jamais !... Mais quoi ! voici le jour, le bruit et le travail ; le dur marteau de fer, la perçante cloche, de son timbre d'acier, me détrônent, me précipitent ; mes ailes

immatérielle, d'élévation spirituelle pour l'un et de chute fatale pour l'autre⁵⁸⁶.

Nous parlons aussi des maladies du bas, celles qui affectent l'appareil génital et renvoient à la sexualité, telles que les hémorroïdes, la prostate, les varices... Ces maladies, dites honteuses, du vieillissement, s'opposent aux maladies emblématiques infantiles qui touchent les organes situés dans la partie haute du corps, tels que les otites, les amygdales, etc.⁵⁸⁷. Nous ne dirons pas de ces maladies qu'elles sont honteuses car elles touchent le jeune être mais aussi parce qu'elles ne renvoient ni à la sexualité, mauvaise lorsqu'elle ne projette pas l'enfantement, ni à la vieillesse qui peut signifier le seuil de la mort : laquelle, mort, est, à la place de la sexualité, devenue notre tabou.

Le bas est à l'antipode du très-haut, dieu ou les dieux. Dans cette polarisation, à l'un s'oppose farouchement le multiple, « le calme des hauteurs, le calme d'où l'on voit "de haut" les agitations d'en bas⁵⁸⁸. »

Dans la maison, nous dit Bachelard, la verticalité est polarisée sur l'axe cave-grenier : le bas et le haut. Le bas est la cave, où remuent des êtres lents, invisibles et mystérieux⁵⁸⁹. Il est toujours un espace obscur, enterré, entouré de terre écrit le poète. Il est des caves plus effrayantes que d'autres ; ainsi en est-il de la prison de la ville de Meknès⁵⁹⁰, espace obscur, enterré, entouré de terre. Elle est située à dix mètres sous le sol, entourée de terre, et pour le prisonnier sans aucune vue sur le ciel, avec l'impossibilité d'être entendu de l'extérieur. Mais si nous revenons à l'imaginaire de l'espace, ce symbolisme du haut et du bas, nous

ont fondu. Terre lourde, je retombe à terre ; froissé, courbé, je reprends la charrue. », Michelet, *La nature, l'insecte, la mer, la montagne*, op. cit., pp. 22-23.

⁵⁸⁶. Sendrail, Marcel, *Histoire culturelle de la maladie*, Toulouse, Privat, 1980, p. 47.

⁵⁸⁷. Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, op. cit., p. 289. Note 2.

⁵⁸⁸. Bachelard, Gaston, *L'air et les songes, essai sur l'imagination du mouvement*, Paris, Le livre de poche, 1998, p. 159.

⁵⁸⁹. *Idem*, pp. 36-37.

⁵⁹⁰. La prison Kara, construite au XVIII^e siècle par Moulay Ismaïl.

pensons à notre maison propre, notre corps et âme, la maison que nous essayons d'habiter tant bien que mal, de la naissance à la mort. Notre inconscient pourrait être alors la profondeur de notre cave avec ses ombres, coins et recoins obscurs vers lesquels nous craignons souvent de nous rendre. Et par lui, comme le supposera Freud : « [...] le moi n'est pas maître en sa propre maison⁵⁹¹ ». Nous ne sommes pas maître en notre propre demeure car notre inconscient dicterait bien souvent nos actes. En outre, il est inaccessible à notre conscience qui, elle, est à l'étage supérieur, visible. Elle est le haut de la maison, et pour Bachelard, le haut de la maison est clair, rassurant. Il expose sa solide charpente.

Nous comprenons que le bas n'est guère glorifié car il sous-entend une zone d'ombre, d'animalité, une nature non policée. Il est le lieu des excréments, dont les selles et les urines ; il est le lieu de la naissance, mais aussi de l'amour⁵⁹² charnel.

4. De la délicatesse

Dans cette chambre, les vicissitudes du corps sont palpables ; « Le visage me demande et m'ordonne⁵⁹³ » ; le corps est compris comme visage car il est celui qui exprime autrui. Le corps douloureux l'illustre bien. Cette demande s'impose comme un commandement, qui dépasse celui même qui demande. Il nous commande de ne pas le réduire à sa seule matérialité. Nous le montrent les douleurs physiques, lancinantes, réfractaires à tout traitement, parfois, et qui à l'usure atteignent la psyché jusqu'à l'effondrement.

Trouver les mots justes pour accompagner nos gestes, c'est ce à quoi nous pensons. Nous sommes consciente de l'existence de l'autre qui n'est pas nous : ni

⁵⁹¹. Freud, Sigmund, *Essais de psychanalyse appliquée*, trad. par M. Bonabarte et E. Marty, coll. Paris, Gallimard, 1933, p. 146.

⁵⁹². Serres, Michel, *Le parasite, op. cit.*, p. 259.

⁵⁹³. Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini, op. cit.*, p. 94.

nous, ni notre négation, même si quelquefois, pour échapper à notre intrusion, il se fait absence. L'autre se clive, puis quelquefois s'éclipse, le temps d'une toilette ; est-il dans un travail psychique de désinvestissement, « travail de dessaisissement⁵⁹⁴ » ? Il s'agit de convoquer et cultiver ce qui nous semble être l'une des vertus principales dans les soins infirmiers : la délicatesse. Elle est en effet essentielle pour effectuer un pansement sur une plaie vive, ou changer la protection d'une personne devenue incontinente. Elle est adresse et légèreté. Elle accompagne les gestes et pourrait également habiter nos attitudes, précisément envers celui qui, dans sa trajectoire de vie, a besoin de nous. Parce qu'elle est en puissance, il nous semble qu'elle peut se forger avec l'expérience ; le compagnonnage d'un pair nous l'expliquerait, non seulement à travers une théorie, mais bien à travers sa propre pratique de la délicatesse. Je me souviens d'un patient anorexique, grabataire, alité. La première fois que notre collègue entra dans sa chambre pour lui faire sa toilette, monsieur X. se découvrit brutalement, laissant apparaître de maigres jambes écartées, à la manière d'un bébé dont il fallait changer la couche souillée. Instantanément et avec douceur, elle recouvrit monsieur X. Elle lui signifiait ainsi que ce dénuement la gênait parce qu'il le chosifiait et, en miroir, elle aussi. Elle se retrouva alors devant un homme qui exprima sa gratitude en se redressant et en remerciant la soignante. Notre collègue avait fait une rupture avec ce qui semblait être une automatisation, ou, comme il est communément dit, une institutionnalisation du soigné mais aussi des soignants qui habituellement, prenaient soin, ou plus justement, prenaient en charge cet homme. Il lui a fallu bien des rencontres, des remises en question, nées de ces mêmes rencontres, au chevet du patient pour, ce matin-là, répondre avec délicatesse. Elle avait su garder une authenticité réapprise avec peine, avec une attention particulière, et inaltérée par les habitudes. Sa délicatesse a fait qu'elle a

⁵⁹⁴. Vespieren, Patrick, *Face à celui qui meurt*, Paris, Déclée de Brouwer, 1999, p. 188.

pu éviter une effraction sans pour cela être indifférente⁵⁹⁵. Par la délicatesse, notre collègue a reconnu plus que l'espace et le rythme de monsieur X, elle l'a considéré lui, en tant qu'être.

Revenons à Madame L., elle doit se mettre sur le côté. Mon appui le lui permettra-t-il sans trop de peine ? Ma seule collègue ce matin est occupée dans la chambre voisine, et je ne peux donc la solliciter. Pour préserver la personne alitée des excréments organiques, nous interposons une alèze, (pièce de tissu ou de caoutchouc), placée entre elle et le drap inférieur. Sa fonctionnalité est dérivée. En effet, elle peut aussi faciliter les manipulations. Ainsi en tirant franchement l'alèze vers moi, elle sert de levier. « Apparaît aussi la sensation de la masse du corps, soumise à la pesanteur, et des modalités de manipulation dont elle est l'objet de la part des mains qui l'accueillent.⁵⁹⁶ » Pas un seul pli de linge ne doit cisailier madame L. car d'un simple cisaillement d'inconfort, peut naître tant de souffrance. Plaie de lit ou ulcère de décubitus débute alors entre les saillies osseuses du malade et le plan dur du matelas. D'une simple rougeur, peut advenir une phlyctène (ou cloque), puis un ulcère peut apparaître (ulcération de la peau), et ensuite une nécrose, c'est-à-dire la mort du tissu. Quelquefois et, notamment en fin de vie, malgré les soins répétés, la mise à disposition de matelas anti-escarres, les changements de position, la détestable rougeur apparaît sans crier garde, sournoisement, laissant bien souvent un goût amer chez les soignants. Que n'avons-nous pas fait qui aurait pu l'éviter ? Nous oublions aussi que la maladie détruisant les cellules, poursuit son travail de destruction et n'épargne en rien les chairs. Ceci nous renvoie implacablement à notre propre impuissance devant la mort de l'autre mais aussi de notre propre mort.

⁵⁹⁵. Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération*, p. 168.

⁵⁹⁶. Dolto, Françoise, *L'image inconsciente du corps*, p. 92.

Soulagée de son poids, madame L. peut alors se mouvoir.

À son contact, je fais aussi l'expérience de mon corps, et comme elle, je ne lui suis pas réduite.

Madame L. et moi-même, mettons tout en œuvre, pour qu'elle puisse retrouver sa propreté. Elle et moi, nous nous activons pour lui laver rapidement le bassin. Elle, sur le côté, s'accroche de ses mains à la barrière du lit. Ainsi, elle essaie de se maintenir en équilibre. Je dois coûte que coûte suivre les principes ergonomiques. Mon corps est bien mon allié, celui par lequel mes actions existent. Des maladresses dans mes mouvements et la moindre brutalité sur mon propre corps se répercuteraient sur celui de madame L. Nous sommes reliées, nous faisons corps, un seul corps à nous deux, sans être le même, et tout en étant autre, en quelque manière un troisième corps. Nous ne nous confondons pas car dans nos réciproques étrangetés, elle est elle et je suis moi. Je retire avec adresse la protection anatomique, souillée. À l'enfance succède l'âge adulte, qui, lui-même, se prolonge sur le temps de la vieillesse. Chaque étape, chaque passage est traversé de fragilités, de pertes, de deuils et personne ne se suffit à lui-même car le lien qui nous unit aux autres humains est anthropologique⁵⁹⁷, il est bien inhérent à notre existence.

⁵⁹⁷. Delsol, Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie, op. cit.*, p. 131.

CHAPITRE XX. UNE HISTOIRE DE LIEN

1. Une histoire de lien

Dès notre venue au monde, notre vie personnelle est fondée sur le lien à l'autre. Nous intégrons, nous faisons nôtre, le lien de responsabilité qui relie l'autre, la mère à nous-mêmes. Ce serait comme un héritage. Philippe Roth parlerait de « patrimoine⁵⁹⁸ ». Tout d'abord, des mains, les nôtres, au contact d'un corps, des mains guidées par deux consciences : la sienne, la nôtre. La main nue, cet instrument des instruments qui, pour Aristote, symbolise bien la supériorité humaine⁵⁹⁹. Par elle, souvent, l'élaboration intellectuelle se réalise. La droite n'étant pas plus éminente que la gauche, elles sont autres et se complètent. La gauche ne sert pas l'autre mais coopère avec elle⁶⁰⁰. Puis le corps à corps peu à peu s'esquisse entre madame L. et moi. « Il y a toute une mobilisation du corps tout entier balancé en cadence au rythme des efforts successifs demandés par la

⁵⁹⁸. Roth, Philippe, *Patrimoine : une histoire vraie*, Paris, Trad. Mirès Akar, Maurice Rambaud, Gallimard, 1994.

⁵⁹⁹. Aristote, *Les parties des animaux*, *op. cit.*, p. 136-137.

⁶⁰⁰. Focillon, Henri, *Vie des formes*, Paris, PUF, 1988/1943, p. 124.

finalité⁶⁰¹. » À partir de la main, le reste du corps se met au travail, tendu par une intention précise, celle d'apporter un bien-être ou plutôt un moindre mal-être à la patiente. « La main n'est pas la serve docile de l'esprit, elle cherche, elle s'ingénie pour lui, elle chemine à travers toute sorte d'aventures, elle tente sa chance⁶⁰². » Elle n'est ni séparée du corps ni séparée de l'esprit. Les mains de madame L. s'agrippent à la barrière du lit pour se maintenir sur le côté ; les miennes, quant à elles, sont dans un agir enseigné par mes pairs, souvent des femmes soignantes, comme en un véritable compagnonnage. Ici le port de gants est de rigueur, aussi bien par hygiène que pour figurer une barrière. Ils m'évitent de toucher à main nue les parties intimes.

Nous devons nous pencher physiquement sur l'autre. Et dans le vif de l'action, les mains deviennent de véritables personnages, se suffisant parfois à elles-mêmes, sans être ni séparées du corps, ni séparées de l'esprit⁶⁰³ ; Rodin, à travers ses nombreuses sculptures⁶⁰⁴ nous aide, même à travers le marbre, à saisir sa dimension vivante.

Nos jambes, quant à elles, doivent alors se plier pour éviter à notre dos de se courber puis nos vertèbres de se dérober.

Ce mouvement vers l'autre traduit physiquement « À votre appel, me voici⁶⁰⁵ ».

⁶⁰¹. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard, Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, op. cit., p. 285.

⁶⁰². Focillon, Henri, *Vie des formes*, op. cit., p. 124.

⁶⁰³. *Idem*, p. 128.

⁶⁰⁴. Quelques sculptures de Rodin, Auguste, 1885, « *La main crispée* » 1899, « *La main révèle l'homme* » 1900, « *Tête de l'ombre et deux mains* », 1902, « *La main de Dieu* », 1910, « *Le secret* », ... Paris, Musée Rodin.

⁶⁰⁵. Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini*, op. cit., p. 102.

2. Un drap propre et usé

L'eau dans la bassine est maintenant souillée mais je dois passer quelques caresses de gants sur le dos. Ce sera dans la même foulée, pour réduire les mobilisations et lui épargner ainsi toute fatigue supplémentaire. Madame L. fait encore un effort pour se maintenir sur le côté. Rapidement, je dois retourner changer l'eau dans la salle d'eau. Puis ma patiente est enfin assainie. Je lui recouvre « le bas » d'une serviette estampillée « Hôpital X ». Saisissant le drap frais posé au préalable sur le fauteuil, près du lit, je le déplie pour recouvrir cette moitié de matelas, libérée par la patiente. Je froisse le drap souillé et le fais glisser sous elle ; Madame L. doit maintenant changer de côté. Coordonnée à ses mouvements, je longe l'autre côté du lit pour récupérer le drap sale et déplier le nouveau drap propre mais usé.

De nouveau sur le dos, l'autre « dresse en face de moi sa réalité corporelle, il a affaire à moi comme j'ai affaire à lui, mais d'une autre manière⁶⁰⁶ ». Nous parlons d'asymétrie lorsque celui qui est fort pour un moment, vient au secours du faible en ce même moment. La dépendance fonctionnelle de ce dernier, lorsqu'elle est totale dans les actes simples du quotidien pour un bien portant, vient renforcer cette notion d'asymétrie. Mais quelquefois, les rôles s'échappent de leur étui et nous font un pied de nez. Ils ne sont alors plus distincts même si le soigné garde sa chemise de malade et nous, notre blouse froissée. Quand nous regardons autrui de visage à visage, il n'est plus étranger, et nous espérons l'être un peu moins pour lui, à son regard. Cet autre devient alors notre semblable, non seulement parce qu'un jour nous pouvons être ce soigné vulnérable, si nous ne l'avons déjà été, mais parce qu'intuitivement, nous le savons, lui et nous, nous sommes de la même communauté : l'humanité. « C'est la faiblesse de l'autre qui nous

⁶⁰⁶. Buber, Martin, *Je et Tu*, Paris, Aubier, 1969, p. 25.

oblige⁶⁰⁷», nous dit Emmanuel Levinas ; c'est par elle que notre humanité se révèle et s'impose. Ce visage exposé en sa nudité, en sa blessure, fait autorité. Sa fragilité, sa mortalité m'ordonne, car il fait alliance avec ma responsabilité. Notre penchant naturel, dont il faut se méfier nous dit Aristote, est prié de se taire, tout du moins, ici et maintenant. La personne qui est faible nous donne bel et bien l'opportunité d'un dépassement de nous-mêmes, et elle nous révèle aussi notre vulnérabilité ontologique.

3. Un gant en tissu

À partir d'une compréhension de la reconnaissance de soi-même et de l'autre, Paul Ricoeur nous invite à penser la reconnaissance mutuelle comme une réciprocité de dons dépassant la dissymétrie⁶⁰⁸. Cette reconnaissance peut être déclinée à différents niveaux. Lorsqu'une entité morale l'adresse à une entité physique, elle s'avère trop souvent une reconnaissance falsifiée de la première pour asservir la seconde.

Les soignants qui portent des soins au corps sont presque toujours, et ce jusqu'à aujourd'hui, des femmes, comme une continuation de l'espace privé.

Cet ordre social, partagé entre des vies masculines vouées à la construction de soi comme sujet autonome pourvu d'attributs sociaux distinctifs et des vies féminines reliées sur le mode de l'attention à autrui, remplies de sollicitude jusqu'au sacrifice de soi, repose sur une idéologie de la domination des hommes sur les femmes⁶⁰⁹.

Les formes de reconnaissance peuvent devenir des moyens de domination sociale, car elles renforcent souvent une image de soi conforme aux attentes de la société mais aussi de certaine direction, direction qui, à huis clos, n'hésite pas à dire que les infirmières sont des « pattes » (*sic*) mais qui, en public, exprimera avec

⁶⁰⁷. Levinas, Emmanuel, *Ethique et infini*, *op. cit.*, p. 94.

⁶⁰⁸. Ricoeur, Paul, *Parcours de la reconnaissance Trois études*, Paris, Éditions Stock, 2004, p. 376.

⁶⁰⁹. Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, *op. cit.*, p. 15.

ostentation, une reconnaissance, en employant des formules récurrentes (bonnes infirmières, bonnes soignantes, bonnes professionnelles, généreuses, qui ne comptent pas leurs heures, admirables, dévouées, qui ont la vocation...). Cette fausse reconnaissance suscite un sentiment d'estime de soi et, plus facilement que la contrainte⁶¹⁰, elle invite à une certaine soumission volontaire. Elle ne sert pas à accroître la puissance de l'autre mais à l'enfermer dans un rôle prédéterminé, rôle qui n'a pas pour but son épanouissement, mais bien son asservissement.

Dans cette situation de soin, il existe bien une dissymétrie mais elle est dépassée par les sentiments de présence et de confiance de l'un et de l'autre. Ces sentiments eux-mêmes sont des dons qui, sans attendre de retour, érigent à la reconnaissance mutuelle : celle du patient pour le soignant, celle du soignant pour le patient.

Je remplace la bassine bleue par la bassine rouge car chacune d'elles correspond au « bas » et au « haut » du patient. Je poursuis en quelque sorte mon travail qui participe à la réhabilitation de l'autre. Mais ce moment nous instaure aussi dans notre personne et justifie le pourquoi de notre présence. Je passe le gant (du haut) savonneux sur le visage de ma patiente. À travers le tissu du gant, je sens le bombé irrégulier et ridé de son front, le contour de ce visage chiffonné, les paupières fines, le creux de ses orbites.

« La reconnaissance s'entend dans les deux sens d'accepter, d'admettre l'autre et d'éprouver vivement qu'on lui est redevable d'un bienfait⁶¹¹. » Ici, il s'agit bien de la reconnaissance entre deux êtres,

Un acte de reconnaissance est, comme nous l'avons vu, l'expression visible d'un

⁶¹⁰. Honneth, Axel, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, Cher, Saint-Amand-Montrond, La Découverte Poche, 2008, pp. 247-248.

⁶¹¹. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 906.

décentrement individuel que nous opérons en réponse à la valeur d'une personne : par des gestes appropriés et des expressions du visage, nous manifestons publiquement que nous concédons à l'autre personne une autorité morale sur nous-mêmes, en raison de sa valeur, ce qui impose des limites à la réalisation de nos envies spontanées et de nos inclinations⁶¹².

Cet acte de reconnaissance nous permet de sortir de nous-même pour rencontrer autrui, et confronté à ce qui n'est pas nous, nous parvenons à la conscience de soi. Cet instant de grâce, nous permettrait-il d'espérer être réellement quelqu'un de bien, qui fait le bien ?

4. « Ce à quoi on tend en toute circonstance »

Ce qui constitue la qualité essentielle de l'être humain est sa capacité à s'objectiver dans le produit de son travail ; ce n'est qu'au cours de ce processus d'objectivation que l'individu a la possibilité de faire l'expérience de ses propres forces et donc de parvenir à la conscience de soi ; dès lors, la possibilité d'éprouver le processus du travail comme une réalisation de soi constitue le présupposé essentiel d'une vie bonne parmi les êtres humains⁶¹³.

L'appréciation qu'on porte sur soi est l'estime de soi ; « l'estime de soi est bien l'opinion favorable⁶¹⁴ », le regard que l'on tourne vers soi-même pour estimer, prendre conscience de ses capacités d'agir dans le monde. Au cours de cette activité de soin, nous faisons l'expérience de nos capacités et incapacités, et cela nous aide aussi à parvenir, alors, à la conscience de nous-même. Nous réaliser dans ce travail devient alors une possibilité. Le bien est « ce à quoi on tend en toute circonstance⁶¹⁵. » « [...] Il est la cause précisément de tous les autres⁶¹⁶. » Il est lié à l'action. Nos actions nous approchant physiquement d'autrui enrichissent notre regard réflexif pour une vie bonne.

La tension vers le bien se décline, nous dit Aristote en « trois genre de

⁶¹². Honneth, Axel, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, op. cit., pp. 242-243.

⁶¹³. *Idem*, p. 55.

⁶¹⁴. *Le Petit Larousse illustré*, op. cit., p. 432.

⁶¹⁵. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, op. cit., p. 21.

⁶¹⁶. *Idem*, p. 25.

vie⁶¹⁷ » : le premier est dans la recherche du plaisir des sens qui apaise l'instinct, « une vie toute de jouissance » ; elle est, semble-t-il du ressort de l'animal ou de l'enfant. Il est certain que notre fonction de soignante ne s'inscrit pas dans cette lignée. Quelques situations délicates et, ou complexes nous le démontrent tous les jours. En effet, elles nous obligent à dépasser nos émotions après les avoir démêlées et, ainsi, agir en toute responsabilité.

Le deuxième genre a pour objet « la vie politique active ». Nous admettons que si notre profession nous procure du plaisir malgré tout, plaisir de se sentir utile par exemple, ce plaisir n'en est pas la finalité. La raison, le mobile pourrait s'inscrire dans cette recherche du bien. Aristote précise que la fin, dans la vie politique, ce sont très souvent les honneurs, mais il ajoute que les honneurs sont choses superficielles et qu'en réalité, cette fin portée aux honneurs préside à la vie de ceux-là même qui les donnent, et elle dépend de celui qui honore plutôt que de celui qui est honoré. L'honneur n'est pas une finalité, cependant il est un moyen de reconnaître le mérite de l'homme de bien⁶¹⁸. Il n'est pas nécessairement donné par nos supérieurs hiérarchiques. Il peut venir du patient et ou sa famille, mais aussi de nos pairs. Ces derniers, seront plus exigeants parce qu'ils détiennent les « ficelles » du métier, et leur reconnaissance n'en sera que plus gratifiante.

Le troisième genre de vie est la « contemplation » qui, semble-t-il, est très peu adaptée à notre quotidien auprès du patient. Contempler, c'est « regarder longuement, attentivement et avec admiration ⁶¹⁹», c'est méditer. Bien que cette activité nous soit la plus continue, parce qu'elle sollicite le moins notre corps⁶²⁰, ce genre de vie ne semble ni réaliste, ni réalisable, dans un service de soins, car il

⁶¹⁷. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 26.

⁶¹⁸. *Idem*, p. 26.

⁶¹⁹. *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 286.

⁶²⁰. Fiat, Éric, *Ode à la fatigue*, *op. cit.*, pp. 118-119.

exige de nous d'être des surhommes, des sages. Nous ne nous suffisons pas à nous-mêmes et notre activité ne peut pas être attendue non plus pour elle-même, mais pour une autre finalité qui est celle de prendre soin du patient. Quant à notre patient, il se peut que ce temps de suspension, de retrait de la vie active, lorsque la douleur ou d'autres symptômes ne le visent à sa corporéité, il se peut que sur son lit, il vive des moments de contemplation...

CHAPITRE XXI. UNE QUESTION DE TEMPS ?

1. Depuis combien de temps ?

Maintenant madame L. respire régulièrement. Le souffle est respiration. Il est l'air exhalé par la bouche lorsque nous respirons. Il est condition nécessaire pour vivre. Cette acception technique, qui renvoie à la physiologie du corps humain, ne peut faire fi des autres significations qui évoquent le divin. Respirer a donné le terme spirituel : esprit. Être à bout de souffle, c'est être épuisé, ne pas poursuivre, manquer d'inspiration, de force créatrice : le souffle du divin, celui qui insuffle la vie ; c'est ainsi qu'Éliu s'adresse enfin à Job après que ce dernier n'a recueilli que blâmes auprès de ses trois amis. Ces derniers sont convaincus que ses malheurs (pertes de ses bœufs et ânesses, ses brebis brûlées, les chameaux volés, ses serviteurs massacrés, ses enfants écrasés sous les ruines de leur maison) sont mérités pour avoir désobéi au divin⁶²¹. Job maintient alors qu'il est innocent

⁶²¹. *La Sainte Bible, Le Livre de Job*, Traduction par M. L'abbé H. Lesêtre, Paris, P. Lethielleux, 2012/1897, chapitre IV-XXV.

devant Dieu et les hommes⁶²², et que son malheur n'est pas une punition. Éliu condamne l'attitude de ses amis, et rappelle à Job qu'il est créature redevable de sa vie à Dieu⁶²³. Les souffrances peuvent s'abattre sans raison et peuvent toucher, aussi bien le juste que l'injuste⁶²⁴. « C'est l'esprit de Dieu qui m'a fait, et le souffle du Tout-puissant qui m'a donné la vie⁶²⁵. » répond Job.

La première inspiration du bébé venant au monde déplie ses poumons. L'expiration par la suite fait entendre un cri, communément décrypté comme un cri de douleur. En quoi et pourquoi ne serait-il pas un cri de victoire, victoire d'accéder à la vie ? Ces mouvements, celui de la naissance qui unit l'intérieur et l'extérieur, se retrouve dans la respiration, en une inspiration, en une expiration. Nous retrouvons cette polysémie dans toutes les langues du monde⁶²⁶. Ainsi, en grec *Pneuma*, en latin *anima* et *spiritus*, en hébreu *ruah*, l'arabe *rouh*, et le *prâna* dans les religions hindouistes désignent la respiration mais aussi le souffle de vie et le souffle de l'Esprit, principe de toute vie. Pour le Chrétien, il en est de même : « L'Éternel Dieu forma l'homme de la poussière de la terre, il souffla dans ses narines un souffle de vie et l'homme devint un être vivant⁶²⁷. »

Dans nos services de soin, notre patient a bien souvent le souffle coincé ; le terme « angoisse » vient de *angustia* qui veut dire resserrement en latin. Sa vulnérabilité, l'attente de résultat, le bouleversement de ses repères, la douleur, la perte de son rôle social, peuvent engendrer ladite angoisse qui n'est pas de l'ordre du médical mais de l'existential. Et il nous semble que ce temps de la toilette, osons le dire, avec une approche maternante, des gestes délicats et une présence

⁶²². La Sainte Bible, *Le Livre de Job*, *op. cit.*, chapitre XXVII-XXXI.

⁶²³. *Idem*, p. 21.

⁶²⁴. *Ibidem*, chapitre XXXII-XXXVII.

⁶²⁵. *Ibidem*, chapitre XXXIII, verset 4, p. 206.

⁶²⁶. Clément, Bruno, « Il y a souffle et souffle » in *Revue des Maladies Respiratoires*, Paris, 2011, Elsevier Masson France, Vol. 28, n°4, p. 397.

⁶²⁷. Genèse 2, verset 7.

réelle du soignant, peut concourir à l'apaiser.

Cependant, l'angoisse peut aussi prendre pour proie le soignant. En effet, le mal-être, la maladie, la souffrance d'autrui peuvent la lui susciter. Bien souvent, elle est muselée par une distanciation d'avec le patient, jusqu'à l'évitement. Durant la toilette, la distanciation du soignant s'exprime par un regard fuyant le regard du soigné mais aussi, par un moindre toucher-mains-nues ; la prise en pince ou le port de gants systématique l'illustrent.

Dans cette proximité avec Madame L., une étrangeté persiste. Nos deux êtres sont dans l'insolite, tout du moins en regard des codes sociaux : nous ne sommes ni amantes, ni combattantes, ni de la même famille. De temps en temps, inévitablement, j'inspire l'air qu'elle expire et réciproquement. Nous sommes mêlées à la même communauté et vivons dans un même cosmos qui lui aussi respire.

Depuis combien de temps suis-je là ? Et derrière cette porte, l'activité fébrile bat son plein, comme de coutume, à sa cadence. Ici, le temps se fait durée. Là, le temps pulse. Intuitivement, nous saisissons qu'il n'y a pas un temps, mais des temps.

2. Le train de 8 h 30⁶²⁸

« Si personne ne nous demande ce qu'est le temps, nous le savons fort bien, mais si quelqu'un nous le demande et que nous voulions lui expliquer, nous ne le savons plus⁶²⁹. » Cette citation de Saint-augustin nous autorise à essayer de chercher à définir le temps et nous pouvons écrire quelques mots à son propos.

⁶²⁸. Dans ce sous-chapitre, les chiffres sont volontairement indiqués en chiffres arabes et non en lettres. Ce choix est justifié par le thème du temps et de sa mesure.

⁶²⁹. Saint Augustin, *Confessions*, Paris, Flammarion, 1964, p. 264.

Le temps vient du latin *tempus*. Il existe une multiplicité de sens : le temps de la météorologie, les différentes époques et saisons et le temps qui passe ; le temps est « une notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements et souvent ressenti comme une force agissant sur le monde, les êtres⁶³⁰. » Nous comprenons que cette notion est inhérente à toute existence, et que nul n'échappe à l'efficacité du temps.

Il y a 1 h, dès le saut du lit, et au bruit strident du réveil, nous plongeons dans cette temporalité. La rame de métro dans sa cadence régulière, avec une alarme qui retentit pendant quelques secondes entre chaque station, s'inscrit dans cette temporalité. Depuis la sortie du métro, il nous faut bien 3 mn pour traverser le pont qui nous sépare de l'autre rive, où s'érige notre hôpital. Nous devons accélérer le pas, nous avons à peine 5 mn pour nous déshabiller puis nous rhabiller en enfilant la blouse dans le vestiaire. Nous pouvons relayer maintenant notre collègue qui, montre en main, nous attend car elle doit attraper coûte que coûte le train de 8 h 30.

Notre journée est jalonnée, rythmée de la planification horaire des soins. Ainsi, nous injecterons l'insuline au patient diabétique de la chambre n° 9, à 8 h avant le petit-déjeuner et après lui avoir mesuré le taux de glycémie. Puis nous passerons à la chambre n°12, où un prélèvement sanguin doit être effectué à 9 h. Cet examen consiste à mesurer la valeur résiduelle d'un traitement pris la veille à 21h. Nous n'oublierons pas de changer la seringue électrique car l'alarme se déclenchera précisément 15 mn avant... Selon Aristote, le temps est le mouvement, celui-ci détermine celui-là et inversement. Sans l'un, sans l'autre, aucun des deux ne peut être. « En effet, voici bien ce qu'est le temps : le nombre

⁶³⁰. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 1043.

du mouvement par rapport à l'antérieur et au postérieur⁶³¹. » Il peut être mouvement extérieur, visible, mais également mouvement secret, intérieur, comme le mouvement de la pensée. Et « [...] lorsque nous n'éprouvons aucun changement dans notre pensée, ou que le changement qui s'y passe nous échappe, nous croyons qu'il n'y a point eu de temps d'écoulé⁶³² ». Cette approche psychologique du temps montre qu'il est vécu et qu'il ne coïncide pas toujours avec le temps objectivé, le temps de l'horloge. En effet, le patient qui vient de sonner nous dira : « Mais cela fait un moment que je sonne, et personne ne vient. » En effet le temps de l'attente est différent pour celui qui attend et pour celui qui fait attendre⁶³³. Comprendre cette différence subjective nous permet de croire notre malade, et nous évitera de le juger « impatient » ! De même, l'ordre chronologique qu'adopte le médecin dans sa lecture des symptômes pour en extraire un sens biologique, n'est pas transposable à la narration de ces mêmes symptômes par le patient⁶³⁴.

Par le calcul, la mesure donne alors l'impression de maîtrise du temps. Mais en réalité, à défaut de le posséder, nous le quantifions. Nous sommes au cœur de l'action et pour faire le bien, nous nous projetons dans le temps. Notre agir donnerait non pas un sens mais du sens à notre vie et au temps. C'est un temps bien occupé ; notre conscience est en tension, tension orientée vers l'avenir. Ici et maintenant, notre gestuelle est réglée par des procédures, elles-mêmes réglées, mesurables et mesurées par des évaluations ; ces dernières sont elles-mêmes mesurables et mesurés par des évaluations... Ce temps de la planification horaire des soins est celui de *Khronos* (κρόνος). Dans la mythologie grecque, *Khronos* est

⁶³¹. Aristote, *Physique*, Tome 2, Livre IV : *De l'espace, du vide et du temps*, chapitre XVI, 219b §7.

⁶³². *Idem*, chapitre XVI, &1.

⁶³³. Fiat, Éric, « Du temps qui passe... et ne passe pas : concordances et discordances des temps », *Vie sociale* 2013/2 (N°2), p. 29. DOI 10.3917/vsoc.132.0015.

⁶³⁴ Charon, Rita, *Rendre hommage aux histoires de maladies*, Paris, Sipayat, 2015, p. 64.

un dieu personnifiant le temps ; « il est vieil homme armé d'une faux et d'un sablier et il aime dévorer ses enfants pour mieux assurer son pouvoir intemporel⁶³⁵. » Chronos préside les soins dans notre service, et cette planification nous est indispensable ; elle allège notre esprit, sans crainte d'oublier dans le flot de notre activité, la chambre n°10. Cependant, le moment de la toilette apporterait entre deux serviettes, une autre temporalité.

3. Le temps d'une toilette

Mais revenons à Madame L. Après avoir péniblement séché son visage avec une serviette (du haut), elle déboutonne sa chemise, me tend son bras droit, un peu décharné, que je savonne légèrement, rince puis sèche ensuite. C'est une toilette à trois temps. Nous sommes presque à l'unisson. Elle me donne son bras gauche ; d'un geste circulaire, je poursuis la toilette. Madame L. ferme un instant les yeux ; l'autre est un sujet, une autre conscience, qui vit le monde de son point de vue. Personne n'échappe au temps, comme personne n'échappe à l'espace. Les danseurs soufis l'évoquent avec poésie dans leurs danses sempiternelles. « Notre cœur bat selon une fréquence qui devient notre chronomètre intérieur, lequel a une affinité secrète avec une horloge universelle⁶³⁶. » Tout comme les plantes, et les animaux, notre horloge biologique est synchronisée avec la rotation de la terre autour du soleil, et notre rythme biologique est en cohérence avec le rythme circadien (du latin *circa diem*, qui signifie « presque'un jour »), la nuit et le jour se relaient sur notre terre, avec des modifications de température et de luminosité, qui modulent notre rythme physiologique⁶³⁷ dont l'appétit, la température... et a

⁶³⁵. L'encyclopédie de l'agora, <http://agora.qc.ca/encyclopedie/index.nsf/impression>

⁶³⁶. Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, op. cit., p. 93.

⁶³⁷. Garcia, Victor, *Express, Sciences*, 2/10/2017 : « Nobel de médecine : l'horloge biologique, un mécanisme bien huilé » : « Les rythmes circadiens ont été découverts au XVII^e siècle grâce à du mimosa. Les scientifiques avaient alors placé un arbuste dans une pièce obscure et s'étaient rendus

un fort impact néfaste sur les conséquences du travail de nuit⁶³⁸.

Pour Aristote, les seules choses, échappant au temps, sont les choses éternelles, ou bien celles qui ne sont ni en mouvement, ni en repos, qui ne sont ni enfermées dans le temps ni dans l'espace, et qui ne subissent aucune de leurs actions⁶³⁹. Le Stagirite évoquait sans doute le monde *supralunaire*, le monde des dieux et des astres⁶⁴⁰, monde permanent et incorruptible à l'opposé du monde *sublunaire* soumis à la génération et à la corruption. Mais nous le savons maintenant, les étoiles s'éteignent⁶⁴¹ aussi.

Notre temporalité, notre existence n'est pas déconnectée du monde, elle fait partie de l'Univers. « L'homme est une parcelle du cosmos en prise sur l'univers⁶⁴². » Madame L. et moi, sommes ici et maintenant. Nous appartenons au monde, à son espace et à sa temporalité.

Nous sommes, dans l'univers, comme les étoiles, la tempête, et même le levain dans le pain, traversés par le temps. Et même si les étoiles s'éteignent, nous ne pouvons, cependant, être sûrs que cet univers infini, parce que précisément il est infini, ne cache pas en son sein, un corps qui échapperait à l'influence du temps.

Nous disions que le temps ne s'écoule pas uniformément, et si une minute est toujours de soixante secondes, elle peut nous paraître interminable ou au

compte que la plante continuait à ouvrir ses feuilles le matin, même s'il n'y avait pas de soleil. », consulté le 28/08/2018.

⁶³⁸. Benkimoun, Paul, *Le Monde des sciences*, 6/10/2017 : « Le Nobel de la médecine aux rythmes du vivant », consulté le 28/08/2018.

⁶³⁹. Aristote, *Physique*, T. 2, Livre IV : *De l'espace, du vide et du temps*, Chapitre XIX, 221b, & 8.

⁶⁴⁰. Fiat, Éric, *Ode à la fatigue*, *op. cit.*, p. 43.

⁶⁴¹. *Idem*.

⁶⁴². Le Breton, David, *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, *op. cit.*, p. 14.

contraire fugace. Le temps est donc subjectif, c'est celui que nous éprouvons de l'intérieur de nous-mêmes et que nous pouvons désigner par *tempus*.

Nous parlons finalement du temps sans pouvoir réellement ni l'appréhender ni le définir.

Dans son lit, la fatigue ralentit ses mouvements.

[...] une chose, un objet inerte ne se fatiguent pas, ils s'usent. D'eux on pourra dire qu'ils subsistent, mais non pas qu'ils persistent. Tout au plus subissent-ils le temps, mais qu'ils n'en font rien. Il faut donc qu'il y ait en un être quelque chose comme un vouloir vivre, un conatus si l'on veut, pour que cet être puisse être fatigué. La fatigue résulte de l'effort que fait tout vivant pour persévérer dans son être malgré ce qui dans l'efficacité du temps menace cette persévérance⁶⁴³.

Les objets s'usent car il en est fait usage. Quant à madame L., si effort il y a pour persévérer dans son être à sa manière à elle⁶⁴⁴, nous pouvons donc dire que même dans cet enlèvement fomenté par la maladie, elle lutte pour être elle-même, malgré ou grâce à cet éperon que peut être le sentiment de finitude. Et là, plus que jamais l'impossible coïncidence entre elle et elle-même est entérinée, même si la maladie est le lieu où le présent pourrait être encerclé.

Le temps, maintenant est comme en apesanteur. Amaigri, le corps de madame L. semble pourtant lourd, pesant, massif, las. À la question « avez-vous mal quelque part ? », elle hoche la tête en signe de dénégation. Avec application, je lui lave alors les aisselles, en maintenant son bras, puis le torse. Le creux de l'aisselle est difficile à atteindre ; de plus la peau y est fine. Il est un endroit naturellement camouflé, il est intimité ; chez les adolescents, leur pilosité naissante, ne trahit-elle pas à leur insu, celle de la zone génitale ? L'aisselle avoisine la poitrine, qui dans notre société est réputée servir Éros... Je lui propose

⁶⁴³. Fiat, Éric, *Ode à la fatigue*, op. cit., p. 51.

⁶⁴⁴. *Idem*, p. 54.

de changer de chemise ; un jour nouveau commence. En oubliera-t-elle peut-être la transpiration inquiète de cette première nuit ?

Non, le temps n'est plus dans la procédure, il se fait durée, existence, avec cette idée de mortalité au fondement de notre être, naissant de l'intérieur. L'autre n'est plus dans son agir professionnel, son agir social. Rappelons-nous du garçon de café de Sartre. Il le décrit jouant à « être » garçon de café⁶⁴⁵. Toute sa conduite nous semble un jeu, une pièce de théâtre, l'éloignant de son être authentique. Il nous apparaît à travers ce que Sartre appelle « mauvaise foi », un personnage, dont les gestes, l'allure sont parfaits, trop parfaits. Il joue alors son propre rôle qui est « garçon de café », avec les attitudes, la gestuelle, la démarche, que nous attendons exactement d'un garçon de café. Madame L. ne jouant pas (ou plus) à être quelqu'un nous invite aussi à retirer notre déguisement.

En sortant de sa chambre, tout à l'heure, nous le reprendrons sur le champ, et dans ce long couloir, notamment à l'heure des visites, nous marcherons affairée. Nous désignerons cette marche, déjà évoquée plus haut, « la marche du crabe ». Tout soignant l'a pratiquée au moins une fois dans sa vie de soignant : le corps est alors en biais, notre chariot de soins, entre le mur et nous-même, le regard rivé sur notre ordinateur ou notre classeur, le regard absorbé dans des dossiers, pour que nul, et surtout pas les familles, ne nous approchent. Ils nous arrêteraient dans notre lancée pour s'enquérir de l'état de leurs proches ; surtout, faire comme si, montrer que nous sommes bien occupée, car jamais nous ne pourrions à ce rythme, honorer tous les soins. Montrer notre disponibilité amènerait sans doute à penser que nous ne sommes guère affairée, aussi faut-il forcer le trait.

Malgré sa fatigue, madame L. arrive à soulever ses jambes, l'une après

⁶⁴⁵. Sartre, Jean-Paul, *L'être et le Néant*, op. cit., p. 98.

l'autre, pour que je puisse d'un geste en colimaçon les rafraîchir, puis ensuite les tamponner avec la serviette du bas. Ses talons sont rougis par le frottement du drap ; un massage de confort est le bienvenu... Aura-t-elle la force de laver sa bouche et son dentier ? Pourra-t-elle se coiffer ? Ou bien, vais-je être sa béquille pour assurer ces soins intimes ? Pourra-t-elle se mirer ? Mais pour cela il faudrait que je lui propose un miroir.

4. Les choses de la nature

Les choses de la nature n'existent qu'immédiatement et d'une seule façon, tandis que l'homme, parce qu'il est esprit, a une double existence ; il existe d'une part au même titre que les choses de la nature, mais d'autre part il existe aussi pour soi, il se contemple, se représente à lui-même, se pense, et n'est esprit que par cette activité qui constitue un être pour soi⁶⁴⁶.

Les choses de la nature, selon Hegel, ne peuvent se distancier d'avec elles-mêmes ; toutefois certains philosophes contemporains⁶⁴⁷ pensent que l'animal ne vit pas toujours dans l'immédiateté et qu'il n'est pas sûr qu'il soit « [...] étroitement attaché[s] par son plaisir et son déplaisir au piquet de l'instant⁶⁴⁸ ».

Si l'homme vit sur le mode de l'immédiateté pour quelques aspects de son existence, ses besoins physiologiques par exemple, il est également capable

⁶⁴⁶. Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, *Esthétique*, trad. par Samuel Jankélévitch, PUF, 2009, pp. 21-22.

⁶⁴⁷. Dans *Éthique de la considération*, op. cit., p. 128, Corine Pelluchon évoque la détresse des animaux dans les abattoirs...

⁶⁴⁸. D'après la citation de Nietzsche, Friedrich, dans *Considérations inactuelles*, trad. de Pierre, Rusch, Paris, Gallimard, 1977/1873. p. 95 : Observe le troupeau qui paît sous tes yeux ; il ne sait ce qu'est hier ni aujourd'hui, il gambade, broute, se repose, digère, gambade à nouveau, et ainsi du matin au soir et jour après jour, étroitement attaché par son plaisir et son déplaisir au piquet de l'instant, et ne connaissant pour cette raison ni mélancolie ni dégoût. C'est là un spectacle éprouvant pour l'homme, qui regarde, lui, l'animal du haut de son humanité, mais envie néanmoins son bonheur - car il ne désire rien d'autre que cela : vivre comme un animal, sans dégoût ni souffrance, mais il le désire en vain, car il ne le désire pas comme l'animal. L'homme demandera peut-être un jour à l'animal : « pourquoi ne me parles-tu pas de ton bonheur, pourquoi restes-tu là à me regarder ? l'animal voulut répondre et lui dire : « Cela vient de ce que j'oublie immédiatement ce que je voulais dire » - mais il oublia aussi cette réponse, et resta muet- et l'homme de s'étonner.

d'établir une distance entre le monde extérieur et lui-même, grâce à la conscience de soi. Par elle, il réalise qu'il existe, et qu'il est distinct d'autrui. Ce qui l'amène à une approche réflexive de lui-même, une sorte d'introspection qui ne peut se satisfaire à elle-même. En effet, lorsque la pensée ne semble travailler que pour elle-même, lorsque les actes n'éclosent pas de cette même pensée, cela peut être vécu comme stérile. Parfois, le travail psychanalytique pourrait en être un exemple. À l'inverse lorsque notre conscience de soi nous mène à modifier le monde, alors à travers lui, comme dans un miroir, nous nous reconnaissons, nous percevons et saisissons un peu de notre intériorité. Ce qui nous amène à penser que contribuer à la réalisation du monde, à notre bien commun donne toute sa raison d'être au travail.

Nous disions donc, que l'extérieur nous sert de miroir pour notre intériorité, mais qu'en est-il de notre extériorité, et *a fortiori*, celle du patient ?

CHAPITRE XXII. PETITE HISTOIRE DE MIROIR

1. Du Miroir

Nous évoquons l'intériorité ; il nous semble approprié pour réfléchir sur l'extériorité, de recourir à cet instrument trop rarement mis à la portée du patient : le miroir ; lorsque notre hôte est dépendant, il nous apparaît comme un luxe. Il l'était, certes, avant de devenir un objet utilitaire.

Si *Mirror*, en latin est s'étonner, être surpris de, voir avec étonnement, le miroir est en latin *Spéculum* ; il est support réfléchissant, suffisamment poli pour y voir sa propre image, ses défauts et ses qualités. *Spéculum* donnera spéculation ; la spéculation était l'observation du ciel et les mouvements relatifs des étoiles, à l'aide d'un miroir. Elle signifiait aussi toute peinture ou représentation.

Le miroir est fabriqué avec du verre poli puis, métallisé, généralement avec de l'argent, de l'étain ou de l'aluminium qui réfléchit les rayons lumineux⁶⁴⁹. Il est constitué d'une fine couche de métal, insérée sous une plaque de verre qui lui permet d'éviter l'oxydation de l'alliage métallique. Cette couche doit être lisse et

⁶⁴⁹. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 694.

sans défaut pour pouvoir réfléchir les rayons lumineux, sans déformation, sans que cette lumière se réfléchisse de façon anarchique. Ces rayons lumineux traversent ensuite le verre qui recouvre la couche de métal, reflétant l'image originale.

Les premiers miroirs sont naturels, d'eau. Puis, les premiers fabriqués datent de quatre mille ans avant J.-C.⁶⁵⁰. Ils étaient concaves, à manche, à pied, à boîtier, et mesuraient quinze à vingt centimètres. Ils étaient de différentes formes. Murano et sa verrerie, puis Saint-Gobain et sa manufacture étaient des capitales du miroir, au XVI^e siècle et au XVII^e siècle, respectivement.

Chez les Grecs anciens, le miroir était chose féminine⁶⁵¹ ; lorsqu'il figure dans certaines représentations comme soudé à la main, il semble prolonger le corps. Objet de luxe, il fut un élément clef de la toilette et de la parure. Les peintures sur les vases en témoignent. Lorsqu'il était porté par un homme, c'était dans l'intention de l'offrir⁶⁵². Pour le citoyen grec, user d'un miroir était chose honteuse. Il en était de même pour les Romains. Si la nature nous offre les possibilités de nous mirer dans l'eau ou sur une pierre polie, « ce n'est certainement pas pour que nous épilions notre barbe devant un miroir, ni pour que nous, les hommes, puissions polir notre visage ». ⁶⁵³ Il reste avec le rasoir, les instruments du coiffeur-barbier, et seulement chez celui-ci, les hommes peuvent se voir mais, en public. Parce qu'il est prothèse optique, il leur limiterait la vision, aussi est-il interdit⁶⁵⁴. En outre, le drame mortel de Narcisse tombant amoureux de sa propre image, a dû avoir un impact négatif sur les hommes vis-à-vis de cet

⁶⁵⁰. Melchior-Bonnet, Sabine, *Histoire du miroir*, Paris, Éditions Imago, 1994, p. 19.

⁶⁵¹. Nous noterons que ces témoignages sur la femme grecque nous sont transmis par le seul regard des hommes.

⁶⁵². Frontisi-Ducroux, Françoise ; Vernant, Jean-Pierre, *Dans l'œil du miroir*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1997, p. 55.

⁶⁵³. *Idem*, p. 61.

⁶⁵⁴. *Ibidem*, p. 147.

instrument. Celui qui se mire, s'admire, devient objet diabolique, objet de vice. Pour Narcisse, en effet, le regard de l'autre est absent. Aussi, rêver de se mirer dans une eau de source est de mauvais augure, il présage la mort du rêveur ou de l'un de ses proches⁶⁵⁵. Car seul un homme peut être le miroir d'un autre homme.

2. Quelque illusion

Ainsi, pour les Grecs anciens, le miroir engendre le risque mortel de fermeture aux autres, mais aussi le risque d'aliénation. La confusion entre soi et l'image reflétée peut induire une assimilation, une fusion entre celui qui regarde et sa représentation spéculaire⁶⁵⁶, entre le réel et le virtuel. Lorsque nous mettons face au miroir, un papier sur lequel est écrit miroir, nous ne lisons pas « MIROIR », mais l'alignement inversé de ses lettres « ЯИОЯИМ ». Cette inversion n'est pas la réalité du mot. Lorsque nous levons la main droite, il nous semble que l'« être » vu en miroir lève sa main gauche. Le miroir inverse également l'image dans sa profondeur, le crayon que nous pointons vers lui nous est renvoyé dans la direction opposée.

Il y a illusion et tromperie sur la représentation et la chose-même. La surface plane, retourne la réalité, aussi, par extension, devient-elle l'envers de la vie qui, dans la culture occidentale, est la mort. Le miroir serait alors un passage possible vers elle. Lorsqu'il ne sert plus notre rapport aux autres et que, par lui, nous nous enfermons sur nous-même, il devient alors symbole de vanité, qualité mortifère.

⁶⁵⁵. Frontisi-Ducroux, Françoise ; Vernant, Jean-Pierre, *Dans l'œil du miroir, op. cit.*, p. 206.

⁶⁵⁶. *Idem*, p. 243.

3. Vanité et extrospection

Le mot latin *Vanitas*, vient de *vanus*, caractère de ce qui est vain, inutile, sans fondement, sans valeur. Les vanités⁶⁵⁷, représentent souvent à côté du miroir, une tête de mort, avec un sablier, qui, bien-sûr, nous rappellent notre propre mortalité. Quelques croyances recommandent des précautions pour éviter que le malheur ne s'abatte : les miroirs de la maison du défunt doivent être voilés pour ne pas retenir son âme. Certains craignent que le miroir se brise car ils risqueraient le même sort. D'autres redoutent qu'il retienne la force vitale de celui qui se mire...

Le miroir peut ainsi nous perdre mais aussi nous élever. La mise en reflet du virtuel induit de fait le relief du réel. Le miroir est alors symbole de la vérité. Dans *Blanche-Neige* des Frères Grimm, le miroir n'est ni bon, ni mauvais. À sa reine, lorsqu'elle cherchera à savoir qui est la plus belle du royaume, il répondra : « Madame la Reine, Blanche-Neige est mille fois plus belle que vous ». Dans cette même recherche de la vérité, il nous aiderait à honorer le divin de l'au-delà, l'adoration des choses terrestres étant dénoncée par le piège que, dans une mise en abîme, le miroir tend : « Si l'on regarde dans le miroir, l'on y voit l'image du soleil et de la lune, lorsqu'il se trouve en face de ces astres. Qui serait cependant si insensé pour dire que le miroir pourrait créer le soleil et la lune ⁶⁵⁸? »

Le miroir fait illusion, mais il peut être objet de médiation entre nous et nous-même. Il devient alors une fenêtre à notre introspection. Pour nous

⁶⁵⁷. Composition (nature morte le plus souvent) évoquant de manière symbolique la destinée mortelle de l'homme.

⁶⁵⁸. Demaille, Carl cite dans son mémoire de master Spécialité Cinéma, *Le miroir au cinéma : Un emblème de la dimension spectaculaire de l'image cinématographique*, École Nationale Supérieure Louis-Lumière, La Plaine Saint-Denis, 2017, p. 27, cite Baltrusaitis, Jurgis, « Le miroir : essai sur une légende scientifique- Révélation, science-fiction et fallacies », Éditions Aline Elmayan et Le Seuil, 1978, p. 86.

approcher de nous-même, notre regard se porte alors vers l'ailleurs. Lorsque nous nous voyons dans le miroir, celui-ci s'efface. Mais lorsque sur sa surface, il y a une tache ou une fêlure, alors en déviant notre regard de notre reflet, il redevient un objet visible.

« Les images qui se reflètent sur l'eau paraissent aqueuses, et celles qui se forment dans les miroirs ont des couleurs semblables à celles des miroirs⁶⁵⁹. » Dans l'opération de duplication, le miroir modifie la semblance de l'original en y ajoutant quelque chose de sa propre semblance, un léger bronzé du métal, une couleur d'eau, qui sont la marque du mélange et, par conséquent d'un écart⁶⁶⁰.

Le modèle et son reflet ne sont pas les mêmes. Ici, le propos d'Aristote nous indique leur différence. Le miroir n'est donc pas un réceptacle passif ; il participe à la couleur, aux nuances de l'objet réfléchi. Et si le regard est aussi miroir pour l'autre, le regard que nous portons sur autrui déteindrait sur le regard qu'il peut porter sur lui-même. Notre humeur du jour impacte aussi la perception de notre apparence.

4. Point d'ancrage

« Quel est l'objet tel qu'en le regardant nous nous y verrions nous-mêmes, en même temps que nous le verrions⁶⁶¹ ? » C'est ainsi que Socrate dans son art de l'herméneutique s'adresse à son disciple Alcibiade. Le regard d'autrui peut nous aider à mieux nous connaître nous-même. Autrui est nécessaire pour accéder, au sens de Levinas, à notre visage. Peut-être en référence au « Connais-toi toi-même », inscrit sur le fronton de Delphes, Socrate poursuit : « Tu n'as pas été sans remarquer, n'est-ce pas, que quand nous regardons l'œil qui est en face de nous, notre visage se réfléchit dans ce que nous appelons la pupille, comme dans

⁶⁵⁹. Frontisi-Ducroux, Françoise ; Vernant, Jean-Pierre, *Dans l'œil du miroir, op. cit.*, p. 161, Citation Aristote, *Des couleurs*, 793b.

⁶⁶⁰. *Idem*.

⁶⁶¹. Platon, *Alcibiade*, trad. M. Croiset, Paris, Gallimard, 1991, p. 70.

un miroir ; celui qui regarde y voit son image⁶⁶². »

Nous nous souvenons d'un patient récemment opéré d'un cancer du côlon, et pour lequel une résection partielle du gros intestin avait été effectuée. Ce patient était porteur d'une poche de colostomie qu'il fallait changer régulièrement dans la journée. Il était remarquable de saisir ce regard, plongeant dans le nôtre, au moment où nous retirions le réceptacle digestif rempli de selles pour le remplacer par une autre poche. En scrutant notre regard, le patient, nous semblait être à l'affût du moindre signe infra-verbal qui eût trahi un sentiment négatif à son égard (dégoût, peur, malaise, etc.). Notre regard, en quelque sorte devenait un point d'ancrage spéculaire, support réfléchissant pour notre patient. Ce qui nous a donné bien à réfléchir... Nous sommes aussi son miroir, il retrouve en nous sa propre image. La réciprocité, dans ce jeu de miroirs est vraie aussi. Par le regard du patient, nous pouvons parfois saisir si nous avons été à la hauteur de son appel. « De même donc que quand nous voulons voir notre propre visage, nous le voyons en nous regardant dans un miroir...⁶⁶³ » nous dit simplement Aristote.

Si pour la connaissance de soi-même, Socrate propose de se regarder dans la pupille de l'autre, il ne dédaigne pas pour autant le miroir matériel. Avec une juste utilisation, il permettrait d'être meilleur.

Bien utilisé, le miroir peut cependant soutenir la méditation morale de l'homme sur lui-même. Socrate, nous dit Diogène Laërce, engageait les jeunes gens à se mirer afin que s'ils étaient beaux, ils s'en rendent dignes, et que s'ils étaient laids, ils sachent cacher leur disgrâce par leur éducation. Le miroir, auxiliaire du connais-toi toi-même, invite l'homme à ne pas se prendre pour Dieu, à éviter l'orgueil en connaissant ses limites et à se perfectionner : non pas miroir passif de l'imitation mais miroir actif de la transformation. Diogène ajoute que Socrate proposait un miroir aux ivrognes pour qu'ils vissent se refléter leur visage défiguré par le vin. Le miroir ne réfléchit donc pas seulement des traits physiques mais une attitude intérieure. Facteur de vie morale, il doit aider l'homme à

⁶⁶². Platon, *Alcibiade*, *op. cit.*, pp. 70-71.

⁶⁶³. Aristote, *La Grande morale*, Chapitre XVII, §7, 1313a.

vaincre ses vices ; il lui montre simultanément ce qu'il est et ce qu'il doit être⁶⁶⁴.

Le miroir, dans cette perspective, servirait non pas notre orgueil ou vanité, il se présenterait comme porte d'entrée invitant le questionnement sur nous-même, questionnement incontournable pour essayer d'exercer au mieux notre métier d'homme.

5. Simplement se regarder

Dans les soins auprès de notre patient, nous n'hésitons pas à l'éclairer sur l'état d'une cicatrice, lorsqu'elle n'est pas à portée de regard. En effet, quand la plaie se situe sur un endroit du corps physiologiquement inaccessible à son regard, le miroir nous est d'un grand recours. De pouvoir regarder derrière soi devient possible. Cependant, en dehors de ces temps, où le miroir est présenté comme une modalité du soin technique, nous ne pensons pas à le proposer à celui ou celle que nous soignons, pour qu'il puisse se mirer s'il le souhaite, pour qu'il puisse simplement se regarder.

Si le miroir peut être une fenêtre, il s'agit bien d'une fenêtre concrète, matérielle. Lorsque nous nous regardons quotidiennement dans un miroir, nous avons comme rendez-vous avec notre image ; si un jour, il nous est retiré sans que nous en soyons prévenus, nous nous retrouvons alors, à la place de notre visage, face à un mur nu, aveugle, fermé, implacable et sans perspective, sans profondeur, sans fenêtre. Étrangement, nous ressentons alors, un désarroi, fugace, très fugace, une perception d'un abîme semblable à celui que Pascal nous évoque dans l'une de ses pensées : « Le silence éternel de ces espaces infinis m'effraie⁶⁶⁵. »

⁶⁶⁴. Melchior-Bonnet, Sabine, *Histoire du miroir*, op. cit., p.118.

⁶⁶⁵. Pascal, *Pensées*, op. cit., p. 233.

Pourrait-il être lié à un sentiment de perte de soi, plus précisément un sentiment de perte de l'image de notre propre visage, insaisissable, nous échappant. Notre image, nous renvoie à une image initiale du passé, avant la maladie même et peut nous rappeler nos proches, comme le portrait de notre aimé (e), posé sur la table de chevet. Mon image spéculaire ne me reflète pas seulement mais elle me rappelle l'autre en moi, et moi en l'autre⁶⁶⁶.

Si nous ne proposons pas cet objet à notre patient, est-ce parce que notre image est accessible par d'autres moyens qui le rendent obsolète ? Ou bien nous astreignons-nous à penser qu'un manque de temps nous en empêcherait ?

6. Désappropriation du sujet

Pour Lacan, le miroir est le truchement fondateur, par lequel le petit d'homme (entre 6 et 18 mois : au stade du miroir), découvre sa subjectivité. Dans un premier temps, en se regardant dans la glace, il perçoit une image, puis la rapporte à lui. Dans un deuxième temps, il la perçoit comme différente et finit par comprendre que cette image est la sienne, non pas lui en tant que tel, mais son image. Dès lors, cette découverte marque une différenciation d'avec la mère et participe à la connaissance de soi. Dans notre fonction, bien que nous soyons des professionnels, nous occupons symboliquement une place maternante. Dès lors, pour son bien, nous pouvons penser qu'il est plus prudent qu'il ne puisse voir son visage défait, marqué. Mais de l'intérieur, déjà, ne le sait-il pas ? Restaurer un corps peut induire mécaniquement « la désappropriation des sujets⁶⁶⁷. » Se pourrait-il que l'occultation fréquente du miroir dans nos services de soin, soit une conséquence d'une volonté d'appropriation de l'autre, jusque dans son image ? Le

⁶⁶⁶. Nasio, Jean-David, *Mon corps et ses images*, Paris, Payot et Rivages, 2007, p. 126.

⁶⁶⁷. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner, op.cit.*, p. 198.

patient ne doit pas nous échapper, ni échapper à notre puissance, puissance optique de surcroît. Le miroir ouvre tout de même sur un espace insaisissable. Le reflet qu'il porte en lui est, en outre, impalpable. Il a une vie autonome qui peut échapper à la surveillance optique du soignant. Ainsi se tiendrait-il entre notre patient et nous-même.

Le patient, comme nous l'évoquions plus haut, est mis en observation. Son corps est analysé, objectivé, examiné avec un pouvoir de contrôle et de sanction. L'analyse de Michel Foucault⁶⁶⁸ expose la discipline, la soumission du corps, ainsi que son contrôle comme des points communs entre les systèmes hospitalier et pénitencier.

À celui qui ne voit pas l'autre, la prison fait perdre son dernier regard, celui de l'égoïsme. Objet de surveillance, objet du jugement d'autrui, [...] le détenu est finalement privé d'auto-appréciation. [...] Il est devenu une ombre à courte vue. Il est entré dans le monde des malvoyants⁶⁶⁹.

Il nous semble que le bannissement du miroir en est aussi un point commun. À l'hôpital, dans un espace régenté par de multiples techniques et instruments de surveillance qui permettent de voir, fouiller, inspecter jusque dans les entrailles du patient, s'oppose curieusement l'absence d'un miroir qui autoriserait simplement le malade de se voir.

7. Déverticaliser la relation soignant-soigné

Dans une visée thérapeutique, Socrate utilisait le miroir, pour accéder à la connaissance de soi, mais aussi dans une visée thérapeutique, il pouvait montrer à l'ivrogne son visage ravagé par le vin. Bien entendu, il ne s'agit pas de faire comme le philosophe. Le miroir reste associé à la beauté physique et extérieure,

⁶⁶⁸. Foucault, Michel, *Surveiller et punir*, op. cit., pp. 160, 162, 202, 218, 220...

⁶⁶⁹. Lécu, Anne, *L'épreuve*, « *La prison-pharmakon* » : *remède et poison*, p. 250 cite Alvaro Escobar Molina, « L'enfermement », p. 55.

mais il reflète aussi nos incertitudes, nos plaies, nos rides et nos inquiétudes.

Et Ivan Ilitch entreprit de faire sa toilette. En y mettant le temps, il se lava les mains, le visage, les dents, commença à se coiffer et se regarda dans la glace. Il fut pris de peur, surtout en voyant ses cheveux plaqués sur son front blême. [...] Toujours la même chose. Tantôt brille une minuscule espérance, tantôt déferle une marée de désespoir et toujours, toujours la même douleur, toujours l'angoisse, et tout est toujours pareil [...] Je vais lui dire, au médecin, qu'il trouve un autre moyen⁶⁷⁰.

Il est celui qui, plus que tout, nous rappelle au travail du temps et de la maladie. Mais sentir son corps de l'intérieur et le voir dans la glace peut nous aider dans le sentiment d'être⁶⁷¹. Il nous révèle comme une permanence de soi, une continuité d'être. Non, il ne s'agit pas d'imposer son image au patient fatigué, mais juste de lui proposer tout simplement, - sans l'y obliger -, une autre fenêtre où la subjectivité peut trouver son essor. Cette fenêtre concourrait modestement à « déverticaliser » la relation soignant-soigné, à lui rendre son image en quelque sorte. En outre, le patient se connaissant mieux que quiconque peut, par le miroir constater une modification de son état de santé, couleur de sa peau, transparence de ses yeux, etc. et participer de fait à sa santé. Nous pouvons alors penser que les enjeux autour de cet objet somme toute banal, sont un certain savoir, savoir que peut détenir sur elle-même la personne soignée, et donc un certain pouvoir sur l'orientation des soins qui peuvent lui être proposés.

Nous sommes souvent amenée à accompagner le patient dans la salle de bain. Nous nous retrouvons fréquemment devant une grande glace fixée au-dessus du lavabo mais dont l'emplacement ne permet pas au patient de se voir, étant assis dans son fauteuil roulant.

Si le sens de la vue nous est offert pour voir ce qui nous entoure, par lui

⁶⁷⁰. Tolstoï, Léon, *La mort d'Ivan Ilitch*, Trad. par Françoise Flamant, Paris, Folio classique, 2000, p. 133.

⁶⁷¹. Nasio, Jean-David, *Mon corps et ses images*, op. cit., p. 76.

nous ne pouvons avoir directement accès à notre visage, ni à l'organe qui sert la vision, c'est-à-dire nos propres yeux.

Cette tête qui m'identifie toujours, pour les autres comme pour moi-même, à quoi souvent je me réduis, est justement ce que je ne peux qu'imaginer ou sentir de mon corps, mais très rarement voir et jamais comme les autres la voient. Ma figure m'est absente, perceptible par ce que je vois, c'est-à-dire par tout ce qui n'est pas elle tant que je ne suis pas devant une glace⁶⁷².

Il est certain que pour pouvoir avec pertinence agencer les dispositifs nécessaires au fonctionnement d'un service de soins pour le patient, il est indispensable d'interroger ceux qui les utilisent, c'est-à-dire les soignants mais aussi les patients. La pluridisciplinarité, lorsqu'elle s'y prête doit dépasser le seul cercle des professionnels de santé et inclure les patients eux-mêmes mais, également, celles et ceux qui œuvrent en coulisse et indirectement pour la personne hospitalisée. Il aurait été fructueux, par exemple, que le service des travaux eût été éclairé au préalable.

8. Une routine ?

Je referme maintenant la porte ; combien de temps ai-je passé dans la chambre de Madame L. et passerai-je encore demain et après-demain ? La succession des toilettes et « [...] des jours à valeur durable, on se bat contre le temps, le temps de cette vie qui va toujours vers la mort⁶⁷³. » Cette répétition peut être rassurante pour nous, dans cet espace, où la *Reine des épouvantes* est occultée et omniprésente à la fois. « [...] La récurrence des actions du quotidien avec la dimension corporelle qu'elles impliquent, conjure les anxiétés et les angoisses de

⁶⁷². Demaille, Carl cite dans, *Le miroir au cinéma : Un emblème de la dimension spectaculaire de l'image cinématographique*, p. 11, Vernet, Marc, « De l'invisible au cinéma : Figures de l'absence », Éditions de l'Étoile-Cahiers du cinéma, Collection Essais, 1988, p. 36.

⁶⁷³. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner, op.cit.*, p. 239.

la vie sociale⁶⁷⁴. » En effet, la répétition de gestes peut être comme une matrice qui nous est connue, familière, protectrice. Elle peut aider à rythmer la journée mais cette pratique liée à la proximité et à l'accoutumance, peut être englobante, écrasante pour madame L. Et lorsque la relation asymétrique est prise au piège de la routine, elle peut aussi dériver dangereusement dans une relation d'abus de pouvoir⁶⁷⁵ vis-à-vis du patient.

En effet, nous prenons conscience de notre corps dans « l'excès, douleur, fatigue, maladie, etc. mais aussi bien-sûr, dans le plaisir, la tendresse, la sexualité, ou encore la menstruation, la gestation, etc., c'est-à-dire des moments privilégiés, inhabituels, chargés d'émotion⁶⁷⁶. » Ici, dans son lit, la malade a un corps sien et elle est plus que son corps. Elle en est tributaire. Est-elle enserrée dans son espace ? L'enfermement dans une temporalité exaspère-t-il son emprisonnement à l'intérieur même de son corps limité ?

Cette répétition inscrite dans le *tempus* peut nous évoquer par certains aspects le mythe de Sisyphe, personnage rusé de la mythologie grecque. Il est condamné par les dieux pour avoir dénoncé auprès d'Asopos, le ravisseur de sa fille Egine, qui n'était autre que Zeus, le dieu suprême. Son châtiment est de porter un bandeau sur les yeux et de se hisser *via* l'effort de son corps, jusqu'au sommet d'une montagne, un rocher qui dévale inéluctablement vers la vallée d'où il faudra le remonter indéfiniment.

Revenons maintenant au temps de la toilette qui se fait durée ; travail « comme dépourvu d'un achèvement visible, jamais susceptible de recevoir une

⁶⁷⁴. Le Breton, David, *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps, op. cit.*, p. 82.

⁶⁷⁵. Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude, op. cit.*, p. 68.

⁶⁷⁶. Le Breton, David, *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps, op. cit.*, p. 20.

bonne finition⁶⁷⁷. » Lorsqu'une patiente est, et reste dépendante dans ce besoin, ce dernier peut se couler dans une routine désespérée, routine qui irait jusqu'à vider de sens nos gestes coutumiers. Le sens de l'allemand *Sinn*⁶⁷⁸, sens, est sensibilité et signification, c'est-à-dire « la raison d'être de quelque chose, ce qui justifie et explique quelque chose⁶⁷⁹. » c'est aussi la direction, l'orientation du mouvement. Mais hors ce sens, il devient une tâche noyée dans une multitude d'autres tâches.

Résistant, échappant parfois à la fébrilité du tout binaire, du tout technoscientifique, loin du spectaculaire, dans une cité, dans une chambre d'hôpital, des rites, des coutumes se répètent. Ce soin de propreté n'est-il pas un soin complexe, héritage de savoirs séculaires ? De quel passé soignant, la toilette émerge-t-elle ? Et pouvons-nous dissocier l'histoire de la toilette, de celle des femmes soignantes ?

⁶⁷⁷. Certeau, Michel de, Collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, op. cit., p. 220.

⁶⁷⁸. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, op. cit., vol. 7, pp. 20-26.

⁶⁷⁹. *Le Petit Larousse illustré*, op. cit, p. 975.

CHAPITRE XXIII.

TOILETTE ET HISTOIRE INFIRMIÈRE : UNE APPROCHE

1. Il y a bien longtemps...

Depuis les civilisations primitives, alors que les hommes s'occupent de la chasse et de la guerre, les femmes ont pour rôle social d'assurer les soins concernant la naissance, la croissance des enfants, la maladie, la vieillesse et l'accompagnement des personnes en fin de vie. Pour assurer la survie du groupe, le maintien de la vie, les femmes sont amenées à explorer deux grands axes : les pratiques du corps et les pratiques alimentaires. Nous définirons la pratique « comme une connaissance acquise par l'expérience, par une habitude approfondie de quelque chose ou bien un comportement habituel⁶⁸⁰. » Longtemps interdites et exclues du monde de l'écriture et des sciences officielles, les femmes se transmettaient oralement, de génération en génération, les savoirs empiriques des soins coutumiers. Ils reposent sur des connaissances ancestrales : toilette, alimentation, élimination, exercice physique, etc. Marie-Françoise Collière⁶⁸¹ les

⁶⁸⁰. *Le petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 856.

⁶⁸¹. Marie-Françoise Collière (1930-2005) : historienne et chercheuse en sciences infirmières.

définit comme les pratiques liées au corps physique, et épousant les principes du *care* : Ce « [...] souci responsable des autres qui prend la forme d'une activité éthique et politique en faveur de la vulnérabilité humaine, dans l'idée de la stabiliser ou de la diminuer⁶⁸². » Il concerne tous les êtres à un moment ou à un autre de leur existence. Nous l'avons compris, les soins du *care* étaient et sont encore dispensés généralement par les femmes, qui, dans notre culture sont dites porteuses de certaines qualités féminines : la patience et la douceur, par exemple. Dans ce partage « genré » des rôles, médecins et religieux, exclusivement de sexe masculin, étaient les seuls autorisés à s'instruire, accéder à la lecture des textes sacrés, et à l'écriture.

Textes médicaux, lettres publiques, articles, feuilles volantes à même sermons en chaire, se multiplient pour énoncer ces méthodes pratiquées seulement par quelques femmes ignorantes parmi un peuple illettré⁶⁸³.

Par l'écriture, ils élaborent des manuels à partir des connaissances empiriques recueillies auprès de ces initiatrices, qu'ils rejettent par ailleurs, pour disent-ils « défendre la science, rejeter l'illusion et l'empirisme de ces charlatans⁶⁸⁴... » Les manuels d'instruction sont à destination de celles qui deviendront des soignantes.

Si les femmes soignantes ont été longtemps tenues à l'écart du livre sacré, mais aussi du savoir dogmatique, elles ont néanmoins développé des aptitudes, inventé des manières de faire singulières, indissociables de leur vie quotidienne, et de la rencontre avec la fragilité des êtres.

⁶⁸². Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, *op. cit.*, p. 19.

⁶⁸³. Vigarello, Georges, *Le sain et le malsain, santé et mieux-être depuis le moyen-âge*, *op. cit.*, p. 145, « Lettre de G. Wagstaffe au docteur Freind, montrant les dangers et incertitudes d'insérer la petite vérole », Paris, 1722.

⁶⁸⁴. *Idem.*

2. Ignorantes d'écriture ?

Le savoir du latin *sapere*, c'est : « être instruit dans quelque chose, posséder un métier, être capable d'une activité dont on a acquis la pratique : connaître⁶⁸⁵. » Ainsi, nous pouvons penser que les savants hommes ont transcrit ce patrimoine oral, sans y accéder en profondeur, ne l'ayant pas expérimenté eux-mêmes. Ici, l'autorité et l'agilité rhétorique, comme bien souvent, botteraient-elles en touche la compétence ? Déjà, les règles de conduite, ne battaient-elles pas en brèche, l'essence même du soin ? « [...] visible, elle (la relique) a pour effet de rendre invisible l'opération qui l'a rendue possible⁶⁸⁶. » L'écriture, en même temps qu'elle fixe, fait que « ces fixations constituent des procédures d'oubli⁶⁸⁷ » : d'une part ce qui n'est pas écrit n'existe pas ou n'a pas existé, mais d'autre part, l'oubli terrasse également l'origine qui a permis ces traces. L'écriture autoriserait l'appropriation de ces connaissances empiriques et la décision de ce qu'il est bon ou mauvais de transmettre aux femmes soignantes. « Elles reçoivent la préparation morale fondée sur les principes de dévouement, de discipline et d'obéissance au médecin⁶⁸⁸. » Cette relation d'assujettissement se calque sur la relation homme-femme de l'espace privé, où le contrat de mariage pouvait se substituer à un contrat de travail, par lequel l'épouse devenait la femme se consacrant aux nécessités quotidiennes du foyer⁶⁸⁹. À cette bipartition des genres, s'ajoute un autre aspect sociologique. Cette relation dominant-dominé, non pas du soignant-soigné, mais du médecin-infirmière semble naître de l'appartenance à une classe sociale et sa hiérarchie. Elle se traduit encore, par exemple, par l'impossibilité du médecin à tendre le bassin ou l'urinal au patient, alors qu'il est dans la chambre même du malade. Ce serait certainement là une activité pour

⁶⁸⁵. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 963.

⁶⁸⁶. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, I. Arts de faire, op. cit.*, p. 147.

⁶⁸⁷. *Idem*, p. 128.

⁶⁸⁸. Magnon, René, *Léonie Chaptal - La cause des infirmières*, Paris, Lamarre, 1991, p. 160.

⁶⁸⁹. Brugère, Fabienne, *L'Éthique du care, op. cit.*, pp. 100-101.

vécue comme dégradante pour nombre d'entre eux, et ne répondant pas à la représentation encore prestigieuse de leur profession. La répartition des actes au-delà de la codification officielle, renvoie à une autre codification, implicite cette fois qui, selon nous, est celle de l'appartenance à une classe sociale. Pour illustrer plus clairement notre pensée, voici un exemple récurrent : dans un service, le médecin effectue une ponction lombaire ; il est servi par l'infirmier/ère pour faciliter une rigoureuse asepsie et éviter toute contamination au malade. Lorsque le soin est terminé, il incombe systématiquement à l'infirmière de ranger les ustensiles, de jeter la poubelle et nettoyer le chariot ; quelquefois certains soins peuvent être effectués sans l'assistance de l'infirmière ; pour autant, encore trop souvent, même lorsque celle-ci est occupée, voire, sur-affairée, au point de devoir sauter la pause déjeuner : temps qu'elle consacrerait à débarrasser les ustensiles utilisés, jeter les poubelles et nettoyer le chariot. Dans cette dérive des activités de chacun, des expositions au sang peuvent avoir lieu, dues à quelque aiguille égarée, laissée sous une compresse, avec négligence.

Elle devient le prolongement de la main du médecin, son instrument autrement dit, sans dépasser leur champ « naturel » d'aptitudes. Nous sommes à distance de la philosophie des soins coutumiers, attentifs aux « formes, aux couleurs, à la lumière, pour créer un environnement favorable à la guérison...⁶⁹⁰». Cette relégation des tâches se poursuit et s'officialise aujourd'hui par un projet de décret⁶⁹¹ et deux arrêtés⁶⁹², à travers la dispensation possible de soins médicaux

⁶⁹⁰. Collière, Marie-Françoise, *Virginia Henderson, La nature des soins infirmiers*, Paris, InterÉditions, 1994, p. 19.

⁶⁹¹. Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée ; décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

⁶⁹². Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de Santé Publique. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de Santé Publique. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

par les infirmiers. Ce sont des pratiques dites « avancées ». Devant une pénurie de médecins dans certaines zones géographiques, l'infirmière serait amenée, sous certaines conditions, et notamment après une formation universitaire de deux ans, à effectuer les soins médicaux dans les champs de l'oncologie, de la transplantation rénale, de la santé mentale et de la psychiatrie, et dans les pathologies chroniques stabilisées. Elle porterait alors le titre d'infirmière en pratique avancée (IPA), sans gain d'autonomie, tout en étant dirigée par le médecin et ce, afin de réduire la charge de travail de ce dernier. Ce projet a été avancé, surtout par ceux qui n'exercent pas la profession infirmière, comme la valorisant⁶⁹³. Cette valorisation devait être calquée à tous prix sur le paradigme médico-technique et non pas sur l'essence même des soins infirmiers qui relèvent notamment du *care*. Il est également remarquable de retrouver dans ces textes d'un nouveau siècle, le terme signifiant « [d'] auxiliaire médical⁶⁹⁴ ». Un auxiliaire médical est celui « qui traite le malade par délégation du médecin⁶⁹⁵. »

Aujourd'hui, rappeler que les infirmières ne sont pas de petits médecins est de mise. Elles sont au service du médecin, comme lui peut l'être vis-à-vis d'elles, car cette disponibilité réciproque est d'abord d'ordre humain, avant d'être d'ordre technique. Elle est service au patient. Cette nuance n'est pas sans conséquence ; elle est comme le fil d'Ariane⁶⁹⁶ qui permet d'orienter avec plus de justesse nos

⁶⁹³. Site du Ministère des solidarités et de la santé, 27 juillet 2018, *L'infirmier en pratique avancée* : « La loi de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux... La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées. En outre, la pratique avancée favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un haut niveau de maîtrise. Le travail de l'infirmier en pratique avancée (IPA) sera donc pleinement reconnu.

⁶⁹⁴. Cf. note ci-dessus.

⁶⁹⁵. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 127.

⁶⁹⁶. Ariane, est dans la mythologie grecque une princesse, fille de Minos et de Pasiphaé ; Elle aide Thésée, en lui remettant une bobine de fil qu'il déroule derrière lui afin de retrouver son chemin pour sortir du labyrinthe, domaine du Minotaure, monstre au corps d'homme et à tête de taureau.

actions, et de ne pas nous perdre et perdre le soin, dans un dédale d'enjeux de pouvoir.

3. « Ce qui est fait est écrit, ce qui est écrit est fait »

Nous disions que l'écriture est corollaire du pouvoir. D'ailleurs ne dit-on pas de la presse qu'elle est le quatrième pouvoir ? Pouvoir vient du latin *posse*. C'est « la capacité, la possibilité de faire quelque chose, d'accomplir une action, de produire un effet⁶⁹⁷. » Il est capacité, en tant qu'autorisation ou interdiction, et capacité en tant qu'aptitude. L'écriture, du latin *scriptura*, est bien la « représentation de la parole et de la pensée par des signes graphiques conventionnels⁶⁹⁸ ». La maîtrise du langage scripturaire sert un pouvoir. « Ce qui est fait est écrit, ce qui est écrit est fait », cette phrase est devenue l'un des leitmotivs des services de soin, ces dernières années. L'écriture renvoie à notre action effective. Si elle établit une distance, par rapport à l'oral, pour relater, raconter, elle est là pour fixer un ou plusieurs faits. Par conséquent, elle peut se substituer à la pratique réelle, mais au fond elle n'en est que l'ombre. Car, d'une part, ce qui est écrit n'est pas nécessairement fait et, d'autre part, seul ce qui est perçu est transcrit. « Elle manifeste la propriété (vorace) qu'a le système géographique de pouvoir métamorphoser l'agir en lisibilité mais elle y fait oublier d'être au monde⁶⁹⁹. » Au mieux, elle reste seulement une copie du vrai. Cette trace est plus description que narration. La description porte sur la permanence des choses dans l'espace, personnes ou objets. La narration, quant à elle, s'inscrit dans la temporalité des actions et des événements, sur l'axe du temps⁷⁰⁰. L'emblème de cette approche descriptive est bien le diagramme de soins, où l'on coche les

⁶⁹⁷. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 856.

⁶⁹⁸. *Idem*, 394.

⁶⁹⁹. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, I. Arts de faire, op. cit.*, p. 147.

⁷⁰⁰. Molino, Jean, « Logique de la description » in *Poétique* n°91, Paris, 1992, p. 363.

activités, mettant en exergue leur quantité, leur nombre.

4. Vers une professionnalisation

Les femmes soignantes étaient, rappelons-nous, une incarnation du diable. À partir de cette évidence, elles sont écartées des soins. Seules les femmes religieuses sont autorisées à les dispenser aux pauvres. Cependant, elles délèguent les soins du corps dont la toilette, aux subalternes que sont les gueux, les misérables, les prostituées.

La chair est avant tout symbole de vulnérabilité opposée à l'esprit [...]. La vulnérabilité de la chair est liée à son impureté : impure parce que vulnérable (incapable de résister à la tentation) [...]. La nudité montrée est donc une punition basée sur l'humiliation vulnérable parce qu'impure (le péché originel a introduit la mort dans le monde). La nudité dévoilée témoigne donc de la luxure et de la souillure de l'âme⁷⁰¹.

Cette notion de corps, corps de péché est séculaire. La représentation de l'infirmière, nonne un jour, légère un autre jour, pourrait en être une résurgence. Mais dès la fin du XVIII^e siècle, les soins font l'objet de formations et tendent vers une professionnalisation. En France, Léonie Chaptal⁷⁰² impulse cette dynamique dite professionnalisante en agissant pour la création du titre d'infirmière diplômée d'État. L'Organisation Internationale du travail (OIT) définit une profession, comme « un ensemble de personnes clairement identifiées, qui offrent un service (ou un produit), clairement différencié d'un autre service (ou d'un autre produit), en se référant à un corpus de connaissances validées par la recherche scientifique⁷⁰³. » En outre « Professer est déclarer, reconnaître publiquement, porter en avant la parole⁷⁰⁴. » Il nous semble que cette définition

⁷⁰¹. Bologne, Jean-Claude, *Histoire de la pudeur, op. cit.*, p. 305.

⁷⁰². Chaptal Léonie 1873-1937, infirmière et philanthrope française, elle a fondé des œuvres, et travaillé pour la promotion de la profession d'infirmière et d'assistante sociale.

⁷⁰³. Rapport du Bureau international du travail, Emploi et conditions de travail hospitalier, *Études et documents*, 1960, 55.

⁷⁰⁴. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 868.

suggère la vocation ; *vocatio*, de *vocare* en latin, est voix, par extension appeler. Elle est « mouvement par lequel on se sent porté à la vie religieuse, ou l'inclination que l'on se sent pour un état⁷⁰⁵ ». Est-ce à dire que la vocation, à elle seule, ne peut faire de « l'appelé » un professionnel, et que, par conséquent elle n'exclut pas la professionnalisation, c'est-à-dire l'acquisition des compétences ?

Cette occupation qui permettait de gagner sa vie s'assimilait au travail, et notamment après la première guerre mondiale :

[...] la place de la femme dans la société est revalorisée et le métier d'infirmière se réorganise autour de trois pôles : le service sanitaire dans l'armée, l'instruction donnée par La Croix-Rouge, le combat des fléaux⁷⁰⁶ (tuberculose, alcoolisme, avortement).

Dans le même mouvement, cette position sociale du point de vue professionnel lui permet à l'infirmière de ne plus être soumise au célibat pour exercer son métier. Quant aux femmes religieuses, soumises à la hiérarchie cléricale, elles sont à leur tour évincées. Les femmes laïques, sous l'autorité des médecins, occupent une fonction d'auxiliaire, terme contradictoire qui, curieusement, nous le constatons plus haut, refait surface au moment même où le terme « revalorisation » est mis en exergue, greffé artificiellement à l'expression « pratiques avancées ».

Fondés sur l'altruisme et les croyances, après la séparation de l'Église et de l'État, en 1901, les soins deviennent théoriquement un droit pour tous. Nous dirons que la profession infirmière naît de cette laïcisation. Les soins ne sont plus basés sur la charité mais sur la solidarité ; néanmoins, le dévouement, l'abnégation, la bonté demeurent les qualités requises pour être une bonne infirmière. Ne s'agirait-il pas simplement des qualités que l'on exige d'une honnête femme ?

⁷⁰⁵. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 7, pp. 1814-1816.

⁷⁰⁶. Dupont-Hess, O., Knibiehler, Y., Leroux-Hugon, V., Taslairyre, Y., *Cornettes et blouses blanches, les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.

5. Quelques paroles de soignants

Pour illustrer ce thème portant sur la toilette, éclairé de ce point d'histoire de la profession d'infirmière, il nous semble légitime d'évoquer quelques paroles de soignants qui, sans prétendre à une valeur scientifique, portent une valeur narrative et humaine. Elles sont recueillies à la volée, officieusement. C'est ainsi que nous appréhenderons ce type de discours rapporté. Il s'agit de témoignages de soignants que nous désignerons sous la belle expression « soignants de chevet », autrement dit, soignants continument auprès du patient. À travers ces récits, nous pourrions percevoir les enjeux révélés par ce soin.

Les premiers soignants interrogés sont ceux qui habituellement pratiquent la toilette : deux infirmières et quatre aides-soignantes ; elles travaillent dans le même service de médecine d'un hôpital public. Dans chaque catégorie de soignants, la moitié exerce depuis plus de cinq ans et l'autre moitié est nouvellement diplômée.

Céline (aide-soignante, nouvellement diplômée) : « La toilette est faite à la chaîne, chambre après chambre, rapidement le plus souvent ; il n'y a aucune fiche technique pour ce soin, alors que la pose de perfusion, prélèvement sanguin en ont. »

Amélie (aide-soignante nouvellement diplômée) : « On s'en débarrasse vite pour passer aux autres tâches. La toilette doit être réalisée le plus tôt possible. Elles doivent être finies avant la visite des médecins. »

Claire (aide-soignante ayant trente ans d'ancienneté) : « Pour avancer le travail, il y a peu d'années, je commençais à faire couler l'eau dès six heures trente du matin pour qu'elle soit chaude à sept heures. Le patient confie son corps, on doit avoir du tact et tout faire pour respecter la pudeur, on doit pouvoir l'appivoiser pour que ce soin ne soit pas un calvaire mais un moment de détente ; c'est un soin qui renvoie à des aspects négatifs : la dépendance, la dégradation

physique ; malheureusement le manque de personnel fait que la charge de travail est lourde ; on doit également être au point avec la manutention pour éviter le mal de dos ; on arrive à un moment de découragement surtout si le malade stagne ; la fatigue. Le matin lorsqu'on arrive, on ne sectorise pas, on fait les toilettes à la chaîne, le soin n'est pas personnalisé ; d'ailleurs aux transmissions, on parle très peu de ce moment-là. On signale seulement si le patient a besoin d'un change ou pas. »

Nadia (aide-soignante, douze ans d'ancienneté) : « Lorsqu'un entrant est attendu, sa pathologie est annoncée, mais on oublie de nous dire ses besoins ; est-ce qu'il peut manger seul ? Est-il continent ? Peut-il se mobiliser ? Fait-il sa toilette seul ? La majeure partie de mon travail, je suis près du patient et pourtant je suis appelée aide-soignante, et non pas soignante. »

Anne (infirmière depuis vingt ans) : « C'est un soin important, mais c'est vrai qu'il y a un manque de personnel, mais aussi certaines équipes veulent se débarrasser de ça le plus vite possible. Il y a un quota de toilettes à faire si on veut être considéré comme bonne infirmière par les aides-soignantes. C'est un soin qui devrait être important pour le patient. Mais il y a une dévalorisation de ce soin. Les étudiantes ne considèrent pas les soins de *nursing* comme de vrais soins. Pour elles, c'est comme une punition de faire la toilette. Nous, on fait les toilettes quand on a le temps. On a intérêt de les faire sinon, on se fait mal voir par les aides-soignantes. C'est vraiment particulier comme soin. C'est un soin qui est fait à la chaîne, c'est une course le matin. Il faut qu'ils soient habillés pour être prêts pour les autres soins. C'est un soin qu'on ne valorise pas assez auprès des équipes soignantes. J'aime bien faire les toilettes, mais pas être considérée au nombre de toilettes. Le matin, c'est un stress important, il y a une pression, les transmissions à faire, la prise de tension, les prélèvements sanguins, les traitements à donner. »

Danièle (infirmière nouvellement diplômée) : « Ce soin est le plus souvent délégué aux aides-soignantes, qui le délèguent elles-mêmes aux stagiaires. Même

les deuxième et troisième années ne la font plus. Certains étudiants diront : j'ai fait des toilettes toute ma première année, maintenant, j'aimerais apprendre à faire des soins. C'est malgré tout un moment privilégié, qui améliore la plupart du temps la relation soignant-soigné. »

Il nous faut maintenant recueillir quelques opinions de soignants qui ne pratiquent pas la toilette.

Deux médecins en parlent spontanément :

Céline (interne) : « La toilette est un soin indispensable, elle fait partie du traitement, c'est une thérapie ; elle participe à la prévention des infections ; dans l'enseignement médical, elle fait partie d'un chapitre de traitement en tant que règles hygiéno-diététiques. C'est un soin valorisé car il permet une expertise minutieuse du patient et donc représente un bon outil médical. La toilette est effectuée presque exclusivement par l'aide-soignante pour pouvoir permettre à l'infirmière de réaliser ses soins. »

Fadila (interne) : « La toilette est bien plus qu'un soin d'hygiène. Par les canaux de communication tactiles et verbaux qu'elle offre, elle est porteuse de stimulations motrices et sources d'échanges affectifs. Ce moment peut prendre la forme d'une activité d'éveil au sens propre du terme. Le soignant utilisant ce moment pour réorienter le patient dans le temps et dans l'espace (le lieu, l'horaire et les saisons). La personne peut participer au maintien de son autonomie ; le soignant l'aide à effectuer des gestes, des mouvements et parfois l'aide à son habillage (motricité et agilité). La douceur dans les gestes et la voix, le contact physique, le respect du patient créent un climat sécurisant et chaleureux et apportent une certaine satisfaction aux besoins affectifs de ces patients ; cela contribue à améliorer la relation soignant-soigné ; des discussions peuvent alors s'engager autour de thèmes comme la famille, les petits enfants, les activités passées... »

Philippe (kinésithérapeute), « La toilette est un soin qui a du mérite car elle permet d'éviter une réaction de rejet du patient ; elle a un rôle de réhabilitation ; si le patient est sale, je ne l'approcherai pas, c'est une réaction psycho-sociale ; le chef de service ne dira jamais un mot pour complimenter un soignant d'avoir effectué une toilette correcte à un patient ; le personnel qui s'occupe généralement de l'hygiène, dame de ménage, éboueurs, devrait être mieux considéré. »

Dominique (cadre du service, de corps infirmier) : « le nombre d'aides-soignantes est plus élevé que le nombre d'infirmières ; « le matériel nécessaire à la toilette représente une grande part du budget, serviettes, gants, protections... sont en quantité. La toilette est un soin qui est dévalorisé par les soignants ; rien n'oblige à faire un travail sériel, une toilette peut très bien être faite l'après-midi selon l'état physique et ou psychique du patient. Elle peut être plus que rendre propre le patient ; si le travail en binôme (infirmière, aide-soignante) était davantage exploité, ce soin serait moins routinier, mais pour changer les choses, il faut du temps. »

Nous avons en parallèle, consulté dix dossiers de soins infirmiers, relatant une semaine d'hospitalisation de patients qui avaient besoin d'une aide à la toilette ou d'une aide dite complète. Le tableau des planifications et réalisation des soins est à chaque fois coché ; nous constatons seulement deux transmissions proprement écrites relatent le déroulement de cette activité. Elles évoquent la participation ou non du patient, son humeur, ses préoccupations physiques ou psychologiques.

Ces récits nous permettent de saisir, non pas les pratiques mais leur vécu et l'interprétation subséquente. En outre, les soignants qui n'effectuent pas la toilette semblent lui porter un regard positif. Ces savoir-faire n'appartiennent à personne.

« Il circule de l'inconscience des pratiquants à la réflexion des non-pratiquants⁷⁰⁷... ». Pour ceux à qui est dévolue la toilette, leurs paroles laissent apparaître une certaine amertume. Nous allons tenter de comprendre pourquoi.

⁷⁰⁷. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, I. Arts de faire, op. cit.*, p. 111.

CHAPITRE XXIV. LE « SALE » POUR LE RÔLE PROPRE

1. Le propre est ce qui est sale ?

L'Organisation Mondiale de la santé, en 1950, proposait que les soins dispensés par et sur l'initiative des infirmières, les pratiques du corps et les pratiques alimentaires deviennent des soins infirmiers relevant du rôle propre, c'est-à-dire, ce « qui appartient particulièrement à quelqu'un, à quelque chose, qui le qualifie de façon spécifique ; particulier⁷⁰⁸. » Le rôle propre est un champ d'activités dont les infirmières ont l'initiative, et dont elles sont responsables. Mais au-delà de cette donnée officielle, quelles peuvent en être les autres significations ?

Faire le lit et changer le linge, linge souillé la plupart du temps, procéder à une aspiration bronchique, en cas d'encombrement des voies respiratoires, ou pour ce qui concerne notre objet d'étude, faire la toilette, sont des activités du rôle propre qui ne répondent pas à l'acception suivante du vocable « propre », du latin *proprius*, « ce qui n'est pas taché ni souillé⁷⁰⁹. » L'expression, ici, semble nous

⁷⁰⁸. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 6, pp. 530-535.

⁷⁰⁹. *Idem*.

faire un pied de nez. En effet, nous sommes loin de ce corps éthéré et sans scorie de la jeune danseuse dans le coma, que le cinéaste Almodovar se plait à nous montrer⁷¹⁰. Les religieuses dans l'histoire de la profession d'infirmière, délaissent aux misérables, aux subalternes, aux prostituées souvent ce rôle des soins du corps. Rappelons-nous : le corps renvoie aussi au vice. Aujourd'hui, nous-mêmes, ne déléguons-nous pas consciencieusement, voire, délaissions-nous aussi ce soin à notre stagiaire ?

« Le rôle propre est tout ce qui est sale ! » Nombre de soignants aiment à dire cette phrase sans pour autant trop s'y attarder. « [...] par rapport à la définition générale d'un " propre " distingué de ce qui ne l'est pas, les beaux et mauvais tours de la rhétorique jouent sur le terrain qui a été ainsi mis à part. Ce sont des manipulations de la langue relatives à des occasions et destinées à séduire, capter, ou retourner la position linguistique du destinataire⁷¹¹. » Il empêche la vision clairvoyante d'une réalité de la domination⁷¹².

En effet, parlons-nous jamais d'un « propre », pour une profession intellectuelle ? S'agirait-il d'un terme en trompe-l'œil ? Les guillemets auraient-ils parfois pour effet de souligner curieusement ce qu'ils veulent atténuer ?

2. Sans tintamarre

Propre peut également signifier « qui est bien entretenu, qui est fait avec soin, ou bien qui entretient avec soin les choses qui lui appartiennent ou qui lui sont confiées⁷¹³. » Ce qui répondrait favorablement à notre philosophie du soin, si nous remplaçons la deuxième partie de la définition par « le sujet qui se confie à

⁷¹⁰. Almodovar, Pedro, « Parle avec elle », *film*, Espagne, 2002, 1 heure 50.

⁷¹¹. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire, op. cit.*, p. 64.

⁷¹². Fleury, Cynthia, *Les irremplaçables*, Mayenne, Gallimard, 2015, p. 106.

⁷¹³. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 871.

lui. »

Et puis il y a le « Sens propre : sens premier d'un mot, d'une expression, le plus proche du sens étymologique. » Cette définition ne s'applique-t-elle pas aux origines mêmes du rôle propre que sont les soins liés au corps et à l'alimentation ? Ne renvoie-t-elle pas aux fondements mêmes de ces attentions inculquées, transmises de génération de femmes en génération de femmes, au fil des siècles, sans tintamarre, dans le silence de l'Histoire ?

Oui, les patients doivent être propres, « nickels chrome », avant la visite des médecins, nous dirait une de nos collègues avec fierté. Y aurait-il là encore une prégnance dans les *habitus* du monde hospitalier ? Les urines, crachats, excréments, transpirations, odeurs, le laid, le sale seraient-ils occultés, cachés dans un accord tacite, presque institutionnel ? La toilette impliquant le toucher, la nudité, renverrait-elle à cette représentation de souillure, à quelque chose de honteux ? En outre, à la lumière de cet exemple de la toilette, nous pouvons écrire que la pénibilité se module selon le statut social. L'éloignement ou la proximité de la cruauté même du soin dépendent de lui. Le corps du soigné est parfois tellement déformé, tellement maltraité par la maladie, mais aussi par les traitements lorsque ces derniers sont déraisonnables, que cela désarçonne et meurtrit souvent le soignant de chevet.

La représentation sociale de l'infirmière est élaborée également à partir de sa proximité avec ce tableau d'expression corporelle que sont les excréments du corps. Le lieu où elle exerce, et surtout les personnes dont elle prend soin, colorent sa réputation. Il existe au sein même de la corporation professionnelle, des catégories. L'infirmière d'un dispensaire est moins « cotée » que celle d'un service de réanimation, fleuron de la techno-science. Tout comme l'infirmière de l'après-midi ; elle n'est pas perçue par ses propres collègues, dans la complétude de ses compétences. En effet, elle est amenée à accueillir les familles qui visitent leurs proches (visites bien souvent interdites le matin), elle aura donc moins à

« techniquer ». Quant à l'infirmière de nuit, elle est de nos jours encore appelée « veilleuse », avec cette idée que son temps de travail est consacré « seulement » à veiller sur les personnes qui dorment. De surcroît, on ne sait pas vraiment ce qu'elle fait. Le terme « veilleuse » n'est pas dit sur un ton qui l'honore, elle est souvent considérée comme une sous-infirmière. Quant à l'infirmière du matin, seule le fait d'être dans la proximité du médecin lui confère de super-compétences. En outre, la planification des soins lui ordonnant plus de soins techniques qu'à ses collègues entérine sa consécration.

Nous pensons que les termes de « propre » et de « sale » infiltrent les représentations sociales des soignants eux-mêmes, selon leur lieu d'exercice, leur temps de travail dans la journée...

3. Quelque risque ?

Enfin, « le propre » est à l'opposé de « la figure de rhétorique, figure de style, ou figure : forme particulière donnée à l'expression et visant un certain effet⁷¹⁴. » Est-ce à dire que sans figure de style, pas de brillance ? « Le propre » serait-il réduit à cocher une case ? « Le propre » ne peut-il pas être de connivence avec l'écriture ou autre signifiant ? Y aurait-il en transparence, une symbolique du profane et du sacré, de l'empirique et du scientifique, du corps et de l'esprit, du coché et de l'écrit ?

À un étudiant en médecine qui lui rapporte le dossier de soins d'un patient, le chef de service lui demande alors spontanément : « Je veux le vrai dossier, le dossier médical. » N'est-ce pas révélateur d'une culture techno-scientifique qui, d'ores et déjà a établi des règles géométriques et défensives, et ce, dans un

⁷¹⁴. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 871.

cadastre bien découpé⁷¹⁵, alors qu'il est question de travailler en pluridisciplinarité, avec pour premier jalon, l'attention au travail d'autrui, à ses dires et écrits à propos du patient ?

Dans la pratique soignante, il est de coutume, et avec raison, de dérouler nos actes du plus « propre » au plus « sale ». Cette pratique des soins représente un principe fondamental. Nous entrons dans la chambre d'une personne moins infectée puis dans celle qui l'est davantage, afin d'éviter toute transmission de germes, donc des infections nosocomiales. La notion du « propre » et du « sale » est donc une notion clef du soin. Cette signification se limite-t-elle à la dimension hygiéniste ?

4. Juste un souci d'hygiène ?

Sale, tire son origine du francique⁷¹⁶ *salō*, trouble : « une personne sale est couverte de crasse, de poussière, de taches, malpropre, souillée ; est une personne qui néglige les soins de propreté élémentaires, mauvaise, détestable⁷¹⁷. » Au-delà du souci hygiénique, le sale, nous renverrait-il à l'idée de pourriture, si aucune action de propreté ne lui est opposée ? Et la pourriture serait-elle cet état du cadavre à un état avancé ?

À propos des sociétés primitives, Mary Douglas s'interrogeait sur la définition du « sale », [...] sous cette obsession d'éviter la souillure, d'accomplir les rites sacrés de la purification, « la réflexion sur la saleté implique le rapport de l'ordre au désordre, de l'être au non être, de la forme au manque de forme, de la vie à la mort. »⁷¹⁸

Cette dialectique, nous la percevons, insistante, subtile et tenace au cours des siècles. Dans les services hospitaliers, propices aux inquiétudes liées à la mort, ce

⁷¹⁶. Dialecte parlé par les peuples germaniques (les Francs).

⁷¹⁷. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 955.

⁷¹⁸. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner, op. cit.*, p. 241.

couple improbable « sale-propre » serait-il finalement l'expression quasi désespérée d'une lutte sans merci contre la mort, et quelquefois pour la vie à tout prix ?

Subvenir au besoin « [d'] être propre, soigné, protéger ses téguments⁷¹⁹ » a du mérite. Le besoin renvoie à la nécessité vitale. Il renvoie à la dépendance, car son insatisfaction peut compromettre la vie. En effet, par la saleté, les peaux mortes s'accumulent sur l'épiderme et empêchent sa perspiration. La couche supérieure de la peau s'épaissit et perd de sa souplesse. L'excès de sébum fait apparaître des plaques, et l'épiderme devient un repère pour bactéries et champignons. Ces conditions engendrent dès lors les odeurs inacceptables socialement. Elles éloignent par conséquent les autres de nous-mêmes, induisant une rupture sociale. L'anthropologue et psychanalyste Patrick Declerck, tout au long de son ouvrage sur les personnes sans abri⁷²⁰, évoque cette répulsion sociale de celui qui sent mauvais.

Oui le patient est un être de besoins, mais n'est-il seulement qu'un être de besoins ? Faire la toilette, serait-ce seulement laver, dé-souiller ?

⁷¹⁹. Henderson, Virginia, ((1897-1996) : Infirmière et précurseure de la démarche de soins, pour définir sa conception du rôle de l'infirmière, évoque quatorze besoins fondamentaux de tout être humain (Besoins fondamentaux déclinés à partir de la Pyramide d'Abraham Maslow, psychologue (1908-1970). Ces besoins sont : 1. Respirer, 2. Boire et manger, 3. Éliminer, 4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture, 5. Dormir et se reposer, 6. Se vêtir ou se dévêtir, 7. Maintenir sa température, 8. Être propre, soigné, protéger ses téguments, 9. Éviter les dangers, 10. Communiquer, 11. Agir selon ses besoins et ses désirs, 12. S'occuper en vue de se réaliser, 13. Besoin de se récréer, 14. Besoin d'apprendre. Tous les étudiants en soins infirmiers, ainsi que les aides-soignants/es, ainsi que les infirmiers/ères diplômé (es) d'état mènent leur réflexion clinique à partir de ce paradigme.

⁷²⁰. Declerck, Patrick, *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.

CHAPITRE XXV. QUAND L'HOSPITALITÉ DEVIENT HOSTILITÉ

1. Une histoire d'accueil

« Quel que soit son passé, quel que soit son caractère, le malade hospitalisé est un homme qui souffre, un homme qui a peur, un homme séparé⁷²¹. » Quelle que soit sa vie, quelle que soit son histoire, l'homme hospitalisé est arraché de son quotidien, de ses repères, de son chez soi ; il est le patient, du latin *patior*, celui qui souffre. Nous disons d'une personne qui aurait accusé des injures sans les repousser « [...] qu'il n'a été que le patient »⁷²². Il devient celui qui subit, même s'il bénéficie de soins optimaux. Il est amputé en quelque manière de son milieu de vie. Nous pouvons penser que, généralement, la personne hospitalisée est en exil.

Exil vient du latin *exilium*, qui signifie bannissement ; il est la situation de quelqu'un expulsé de sa patrie, ailleurs que là où il est habituellement. Dans le

⁷²¹. Abiven, Maurice, *Humaniser l'hôpital*, Paris, Fayard, 1976, p. 23.

⁷²². Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française, op. cit.*, vol. 5, p. 1551.

français ancien, exil avait plus le sens de ravage que d'exclusion⁷²³. Cet exil peut être le hors-sol, la prison, l'asile, l'hospice, l'EHPAD, la maladie...

Alors ne faudrait-il pas, pour pallier l'exil, une prescription d'accueil puis d'hospitalité ? Pour qu'il y ait hospitalité, il faudrait un prérequis, celui de la mise à disposition d'un lieu⁷²⁴. Le patient est dans une chambre, dans un lit sauf lorsqu'il est encore et toujours en attente sur ce brancard dans le couloir des « urgences ». Prendre soin de ces dispositifs matériels est nécessaire ; mais dans le même temps, l'atmosphère sécuritaire de plus en plus prégnante dans notre société, en inoculant la peur, non pas une peur heuristique mais une peur aliénante, balaie précisément le sentiment de sécurité. Cette frilosité, cette peur de l'autre n'épargne pas le monde de l'hôpital, et elle a un impact sur son hospitalité. Cette dernière peut être mise à mal, car au fond, le soignant vivant dans la cité, échapperait-il, parce qu'il est soignant à cette vague d'hostilité, de méfiance vis-à-vis de l'autre, surtout si sa venue n'est ni planifiée, ni prévue ?

L'étymologie d'hôpital trouve sa source dans le latin *hospes*, signifiant qui reçoit un étranger. Hospitalité est bienveillance, cordialité et attention dans la manière d'accueillir celui qui échoue dans nos services. *Le Littré*⁷²⁵ nous rappelle que le verbe « accueillir », sans adverbe qui le modifierait, signifie toujours bien accueillir.

Le patient à son arrivée dans notre milieu hospitalier, technicisé, blanc, presque immaculé, aseptisé, est souvent en position de faiblesse, de fragilité qui nous renvoie à notre propre vulnérabilité, aux possibles de nos propres exils.

⁷²³. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française, op. cit.*, vol. 3, pp. 1249-1250.

⁷²⁴. Leblanc, Guillaume, « À propos de la fin de l'hospitalité », conférence Paris, Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu le 9 mars 2017.

⁷²⁵. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française, op. cit.*, vol. 1, pp. 114-115.

Mais qu'est-ce que la vulnérabilité ? « C'est le caractère de ce qui est vulnérable, du latin *vulnerare*, blesser, faible, qui donne prise à une attaque⁷²⁶. » Nous reconnaissons, dans notre existence charnelle⁷²⁷, palpitante et à la lumière de cette notion de vulnérabilité, nos qualités d'imperfections et d'insuffisances. Si l'homme est vulnérable par essence, que dire alors de l'homme exilé ?

À la lumière de cette définition, revenons à madame L. ; au cours de sa toilette., nous poursuivons notre accueil, accueil physique et psychique du malade, mais nous pouvons aussi dire « son » accueil. Nous accueillons la patiente mais la patiente nous accueille aussi et nous confie son corps. Elle est alors l'hôte. « Hôte » signifie bien celui, celle qui reçoit et traite quelqu'un sans rétribution, mais aussi celui ou celle qu'on reçoit⁷²⁸, l'invité. Dès lors, j'entre dans la zone d'intimité de Madame L. Elle me permet de la regarder, nue, comme communément nul n'est autorisé à la regarder : sans maquillage, sans vêtement, nue. « Se laver reste un acte social, purifier son espace est un geste d'accueil religieux, amoureux, collectif, hôtelier⁷²⁹. » Laver autrui n'en devient-il pas un honneur ? Nous emploierions-nous à l'honorer parce que nous-même, nous sommes son hôte, son invité ?

2. Quelque chose d'un temps passé

Quelques principes dans la *praxis* des soins infirmiers nous aideront à faire au mieux. *Πραξις*, *praxis*, c'est l'action en grec⁷³⁰. Elle est orientée vers une fin, le bien.

Tout art (*τεχνη*, *technè*) et toute investigation (*μεθοδος*, *méthodos*), et pareillement toute

⁷²⁶. *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 1124.

⁷²⁷. Pelluchon, Corine, *Éthique de la considération*, *op. cit.*, p. 127.

⁷²⁸. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 4, pp. 622-623.

⁷²⁹. Serres, Michel, *Le parasite*, *op. cit.*, p. 257.

⁷³⁰. *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 857.

action (*Πραξις*, *praxis*) et tout choix (*προαίρεσις*, *proairesis*) tendent vers quelque bien, à ce qu'il semble. Aussi a-t-on déclaré avec raison que le Bien est ce à quoi toutes choses tendent. Mais on observe, en fait, une certaine différence entre les fins : les unes consistent dans des activités et les autres dans certaines œuvres, distinctes des activités elles-mêmes. Et là où existent certaines fins distinctes des actions, dans ces cas-là les œuvres sont par nature supérieures aux activités qui les produisent⁷³¹.

Aristote distingue l'activité ayant pour seule et prime finalité une production extérieure à l'activité même, elle est *poiésis* (*ποιεσις*) ; et l'agir dont la finalité ne vise que son propre agir, elle est alors *praxis* (*πραξις*). Il nous semble que notre pratique n'est pas production à proprement parler. Sa finalité n'est pas un objet mais le patient. Elle reste interne à notre singulier binôme. Notre activité relève de la *technè* (art, habileté acquise), même si elle est devenue technique. Elle est certes médiation, dans le sens où elle aide la nature (*Phusis*) à reprendre vivement son travail ou à finaliser ce qu'elle n'a pas pu elle-même terminer. Mais est-il juste de dire que notre activité produit de la santé ? « C'est la *phusis*, la nature elle-même, qui est principe de la guérison⁷³². » Notre activité supplée à l'impossibilité de mouvements de madame L. Notre action est ce « quelque chose qui peut venir s'adjoindre en passant⁷³³. » La guérison vient de l'intérieur et non de l'extérieur. Venir pallier le travail de la nature, dont les lois du vivant président à la santé, là se trouve le cœur de notre métier.

Cette distinction entre la *poiésis* et la *praxis* n'a pas seulement une dimension éthique, elle pourrait avoir une portée politique car, en nous donnant à réfléchir sur la nature du soin, elle décapite l'idée même, aujourd'hui admise comme une évidence, que le soin donné à autrui devrait être productif dans le sens de rentable. Aristote considère que lorsque la finalité est dans la matrice même de

⁷³¹. Aristote, *Éthique de Nicomaque*, *op. cit.*, p. 1.

⁷³². Folscheid, Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental » in *Actes du colloque international « Sens et Savoir »*, Laval théologique et philosophique, volume 52, numéro 2, 1996, p. 506.

⁷³³. Folscheid, Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *op. cit.*, p. 506, cite Heidegger, *Questions II*, p. 204.

l'activité, alors elle est supérieure à toute activité qui tend à une production extérieure à elle-même. Ceci réinterroge sur la pertinence des orientations de rentabilité données par le ministère de la santé et, notamment, la tarification à l'activité, évoquée plus haut.

Nous ferons en sorte que le malade ne soit pas un seul instant totalement dénudé. Notre souci premier sera en effet d'amoinrir l'exacerbation de sa vulnérabilité : frapper avant d'entrer dans la chambre, nous présenter, indiquer aux autres membres de l'équipe notre présence dans la chambre par un signal lumineux au-dessus de la porte ; fermer portes et fenêtres, utiliser un paravent pour l'isoler des regards de la voisine ; nous proposerons la toilette au lit, au lavabo ou à la douche selon l'état physique et/ou psychique de madame L. ; nous éviterons de mettre des gants de protection, sauf pour toucher ses organes génitaux ou, s'il existe un réel risque infectieux. Et puis, nous décrirons, selon sa disponibilité, nos gestes au patient.

Oui, dans ce contexte singulier, ce sont certainement là, des principes garde-fou, face au risque de chosification du patient, risque menaçant lorsqu'il y a asymétrie dans la relation, et la relation soignant-soigné en est emblématique.

Bien-sûr, ici l'approche soignante est aussi nécessairement analysante : repérer les fragilités et sources d'inconfort du malade : macérations, rougeurs, mycoses, sécheresse de la peau, pansement souillé, malodorant, toujours en place, ou décollé, escarre... est-il détendu, inquiet, triste, démoralisé, de bonne humeur, confus, agressif, désorienté, fatigué, épuisé, somnolent, reposé... La toilette est un moment où nous pouvons être alerté par les signes douloureux, problèmes d'éliminations urinaires ou fécales pour les patients incontinents notamment, et/ou pour ceux qui n'osent pas dire leur gêne. Nous aidons à mobiliser le corps pour limiter la fonte musculaire et aider au maintien du schéma corporel. Mais notre approche n'est pas seulement observation parcellaire du corps. Lorsqu'elle est menée avec délicatesse, elle empêchera souvent le repli en position fœtale par la

détente qu'elle peut procurer ?

3. Le tact

Toucher l'autre implique notre être, nous sommes aussi touchée. Mais le toucher ne peut devenir accompagnement ou relation d'aide que s'il est sans violence et sans heurt. Le bébé d'homme, privé de relation dès sa naissance, meurt. René Arpad Spitz (1887-1974), psychiatre et psychanalyste américain, le montre en 1946, à travers le concept d'hospitalisme qu'il décrit comme « l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie⁷³⁴ ». À travers les soins corporels donnés au bébé, la mère le reconnaît comme un être semblable et autre à la fois. Le soin de la toilette donné au patient reproduirait cette relation de confortation. Elle est d'autant plus marquée lorsque le patient retourne en son passé, retour appelé communément « régression ». Quelquefois, « [...] le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. Dans le temps actuel se répète toujours en filigrane quelque chose d'une relation d'un temps passé⁷³⁵. »

Puis lorsque le petit d'homme devient vieux, bien souvent, il essaie de saisir l'autre pour le toucher et, par conséquent, pour être touché. Les vieux dans les EHPADs notamment, l'expriment à tour de bras.

Dans notre tradition⁷³⁶, nous avons cinq sens, l'odorat, le goût, l'ouïe, la vue et le toucher. Pour Aristote, les deux premiers sont subjectifs, les trois autres,

⁷³⁴. Spitz, René Arpad, *De la naissance à la parole : la première année de la vie*, Paris, PUF, 1968, p. 217.

⁷³⁵. Dolto, Françoise, *L'image inconsciente du corps*, op. cit., p. 23.

⁷³⁶. Dans la tradition bouddhiste par exemple, il est question de six sens car elle inclut les facultés mentales.

objectifs. Le seul sens étant indispensable à la vie est le toucher⁷³⁷, il est *Organum organorum* (l'organe des organes). En être privé conduit à la mort physique et psychique. En effet, si un sujet n'a pas la sensation d'être touché, il ne peut agir à propos. Dans une moindre mesure, nous le voyons chez la personne diabétique, dont l'altération des fibres nerveuses touche la sensori-motricité au point de se blesser un pied et de s'en apercevoir seulement lorsqu'il est surinfecté... Mais si à l'inverse, ce sens du toucher est exacerbé, il devient une hypersensibilité délétère et il déclenchera des douleurs. Dans nos services, le patient souffrant d'allodynie⁷³⁸, gémissant de douleur, lorsque nous le recouvrons d'un drap, en est une illustration. Trop souvent, nous restons dubitatifs devant cette réaction apparemment exagérée. Ce qui, sans aucun doute a pour conséquence d'attiser la douleur...

Dans le langage aristotélicien, le toucher est le sens en puissance ; tout comme le goût (qui chez Aristote fait partie du toucher), il est en acte lorsqu'il est sollicité. En effet, il n'est pas simultanément comme peuvent l'être l'odorat, la vue ou l'ouïe. Il est en lien direct avec l'objet ou la personne touchée. Nous pensons que le métier de soignant demande comme prérequis : le tact. Le tact (figuré et littéral) est en effet aussi primordial que celui de pouvoir exécuter un calcul de produit en vue de préparer une dose de médicament. Il ne s'agit pas de faire de « l'acharnement tactile », mais simplement d'utiliser nos mains avec justesse et délicatesse. Il s'agit bien d'une certaine tendresse qui nous permet d'entrer, sans intrusion, dans la vie intime d'une personne diminuée physiquement et/ou psychiquement. Oui, c'est la tendresse qui nous donne le pouvoir de retirer avec

⁷³⁷. Aristote, *De l'âme*, trad. par Richard Bodéus, Paris, Flammarion, 1993/ 1362, p. 253.

⁷³⁸. Allodynie : Douleur engendrée par un stimulus non nociceptif sur un territoire indemne de toute atteinte mais siège d'une innervation anormale ou lieu de projection d'autres régions. Blanchet, Véronique et Al, *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*, Paris, Formation et développement, 2000, p. 231.

douceur une protection souillée de celle-ci ; prendre la main de celui-là, après avoir perçu que ce ne sera pas là une offense ; de masser le bras, le dos avec une douce fermeté, sans porter à confusion entre geste soignant et geste de séduction. Comme pour toute *praxis*, nous forgeons cette intelligence manuelle, matérielle, physique à force de la mettre au service de nos patients jour après jour.

Il arrive trop souvent que le toucher ne soit plus un toucher direct mais un toucher brisé par le port systématique de gants en latex.

Dans cette proximité, nous sommes au risque de la rencontre avec l'autre, mais aussi avec le même. Notre main, plus que notre vue, certifie dans l'immédiateté que madame L. est ici et maintenant. La moiteur de sa peau exhale une odeur âcre, le vernis tiède de sa perspiration... et puis ma transpiration, due aux mouvements de mon action m'étonne et me touche. Nous savons toutes les deux que nous existons. Ce sens du toucher nous renvoie à la perception de nous-même, perception étrangement externe et interne. Externe, car il est à la surface localisée de notre peau, et interne, car simultanément, à la manière d'une pierre qui fait ricochet, il répand son onde au tréfonds de nous-même. Le toucher est notre ancre au monde, il fait éclore l'espace et le temps : ici et maintenant. C'est pourquoi, à lui seul, il ramène notre conscience à nous-même, mais aussi nous-même à notre conscience. À lui seul, il est parfois langage.

Et puis il y a le sourire. N'est-il pas signe de reconnaissance ? Serait-il déjà, à lui seul, notre attention à autrui ?

4. Sourire à l'Autre

Nous dirons du sourire qu'il est un éclat du regard ou une autre forme de perception (lorsqu'il y a malvoyance ou cécité) de celui ou de celle à qui il est adressé, offert. Dans la morosité de la maladie, il semblerait que cet éclat vienne à lui seul réveiller, chatouiller une dormance, un souvenir du visage familial. « Il est le champ de coquelicots de mon enfance. » nous confie une patiente, un après-

midi pluvieux.

Dans ce contexte de soins, un sourire est soutenant. Sourire à et pour l'exilé, serait-ce tout simplement le reconnaître en tant qu'être, et d'une certaine manière déjà le rapatrier dans son humanité ? « La conscience de soi est en soi et pour soi quand et parce qu'elle est en soi et pour soi pour une autre conscience de soi ; c'est-à-dire qu'elle n'est qu'en tant qu'être reconnu⁷³⁹. » Notre présence peut permettre au « je » de Madame L. de se percevoir elle-même, tout comme sa présence nous permet de prendre conscience de nous-même ; l'intersubjectivité serait la condition *sine qua none* de notre subjectivité. Et le sourire est une invitation, qui ignore être au service de la conscience de soi et de l'autre.

Par « sourire », nous entendons son expression la plus large, c'est-à-dire être dans une attitude désintéressée, fondée, non sur l'identité d'autrui, mais sur son irréductible altérité. Il est relation directe à l'autre, sans autre médiation que nous-mêmes.

Le vocable « médiation » est issu du latin *mediatorem*, de *mediare*, servir d'intermédiaire, partager par le milieu⁷⁴⁰. Je suis ici, médiation entre la malade et son corps, c'est-à-dire elle-même. Son corps est sien et elle est plus que son corps. « [...] l'existence de l'homme est d'abord corporelle et toutes les actions humaines impliquent donc la médiation du corps⁷⁴¹. » Par notre activité qui inscrit notre appartenance au monde, dans le champ du soin, nous sommes face à autrui sans le prétexte du *to cure*⁷⁴². Le corps est bel et bien une réalité qui butte contre ses limites. Elle reste clouée au lit, dans un corps qui n'en ferait qu'à son corps.

739. Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, *Phénoménologie de l'esprit*, *op. cit.*, p. 155.

740. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 5, p. 33.

741. Le Breton, David, *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, *op. cit.*, p. 11.

742. Le *to cure* correspond au traitement curatif, le *to care* au prendre soin.

Elle est enfermée à l'intérieur de cette enveloppe corporelle. Sans doute la présence d'autrui est-elle là pour lui permettre de se distancier d'elle-même.

« La main se tend vers le corps d'autrui, irréductiblement autre que soi, elle tente de conjurer la distance, d'abolir la séparation pour rejoindre un instant un autre que sa peau enferme en lui-même⁷⁴³. » Nous devenons nous-même, plus que notre corps avec notre corps nôtre, et en étant plus que notre corps, nous restons sujet et non objets, bien que devenu consciemment malléables car support de soin, permettant à l'autre, d'émerger en tant que sujet.

Le corps est la frontière entre le privé et le social ; il est délimitation de ces deux espaces. Son atteinte est déjà franchissement de cette même frontière. Pour le patient sans domicile fixe, elle se traduit par une remarquable réticence à la toilette. « La crasse et la puanteur restant la dernière forteresse pour préserver un espace intime, lorsque celui-ci est béant, réduit à néant⁷⁴⁴. » Du point de vue de notre patient, cela pourrait-il être envisagé comme une « réaction psychosociale » ? Nous relations plus haut le témoignage d'un soignant qui employait ce terme pour évoquer sa réaction à l'égard d'un patient qui ne se lave pas. Ici, nous sommes médiation dans la préservation du lien entre le malade et les autres. Nous nous faisons pont pour lier les îlots au continent, ou enveloppe, « une enveloppe rassurante dans le prolongement d'autrui⁷⁴⁵. »

Lorsque nous accueillons la différence de l'autre, de nouveau, nous nous entrouvrons à nous-mêmes, c'est ainsi notre propre différence que nous accueillons. Nous sommes médiation de l'autre mais, au-delà des apparences, ne

⁷⁴³. Le Breton, David, « Toucher, affectivité et fin de vie », in *Questions d'amour, de l'amour dans la relation soignante*, Fiat, Éric ; Geoffroy, Michel, Paris, Lethielleux, 2009, p. 72.

⁷⁴⁴. Rajablat, Marie, *La toilette, voyage au cœur du soin*, Paris, Masson, 2007.

⁷⁴⁵. Le Breton, David, Le Breton, David, « Toucher, affectivité et fin de vie », in *Questions d'amour, de l'amour dans la relation soignante, op. cit.*, p. 75.

serait-il pas aussi médiation de nous-mêmes ?

5. Accueillir, c'est recevoir

« Existe-t-il à l'intérieur de moi-même, encore bien là, encore existant, une quelconque barbarie, une étrangeté participant à mon être même, une bizarrerie ontologique qui serait, elle aussi cause d'inquiétude⁷⁴⁶? ». Notre proximité à l'autre nous ouvre sur notre propre étrangeté, nos propres brisures. Mais notre conscience de nous-mêmes n'est jamais atteinte à la perfection. Car quand bien même il nous semble enfin l'atteindre, déjà nous ne sommes plus le même.

Accueillir, c'est recevoir, disions-nous. Est-ce à dire que dans cette relation, le fort et le faible se situent finalement à un autre niveau, ni en dessous, ni au-dessus, mais au-delà des convenances ? « [...] Le visage est sens à lui seul⁷⁴⁷. »

Et là encore, nous devenons miroir pour le malade ; celui-ci va lire dans notre regard qu'il va scruter pour y puiser quelque signification : « Est-ce que j'existe pour lui ? ». Dès lors que Madame L. me regarde, j'en suis responsable⁷⁴⁸. Et puis subrepticement, nous représentons les autres. Je coordonne mes mouvements aux siens. Madame L. me commande par sa faiblesse de me faire enveloppe légère. Nous sommes par notre présence, sujet incorporé et tangible. Nous devenons le lien entre celui qui est alité, et le reste du monde.

Nous sommes médiation entre l'intérieur et l'extérieur. Nous sommes médiation entre la cité et l'individu. Notre utilité s'affirme, ainsi que notre appartenance à un groupe, nous servons également la société dans un cadre réglementé :

⁷⁴⁶. Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude, pour une éthique du soin*, op. cit., p. 184.

⁷⁴⁷. Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini*, op. cit., p. 93.

⁷⁴⁸. *Idem*, p. 103.

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience professionnelle quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quelle que soit l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie, ou son handicap et sa réputation⁷⁴⁹.

Il nous semble que cette règle devrait être rappelée pour chaque recruté, pour chaque stagiaire.

Et puis, dans la salle de bain de Madame L., la brosse à cheveux, le gant en tissu, le savon du Mont-Saint-Michel jurent avec le pied à perfusion, les seringues et autres instruments de soin qui peuvent très vite se métamorphoser en instruments de torture, lorsque l'obstination se veut seule guide.

La toilette est familière au patient, elle le réinsère dans sa réalité. Elle peut faire fonction de matrice et peut aider la personne alitée, à être moins séparée, en quelque sorte. Ce temps de la toilette peut être une évasion si, bien sûr, il est accompagné avec douceur.

Mais lorsque nous abordons la toilette comme une tâche noyée dans la somme des autres tâches, telles que la désinfection de chambre, commande de repas, portage des poubelles, transfert du linge sale en lingerie, qu'advient-il ?

⁷⁴⁹. Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, Code de la santé publique, article R4312-25.

CHAPITRE XXVI. FAIRE UNE TOILETTE OU BIEN FAIRE UNE PATIENTE ?

1. « Faire une patiente »

« Allez, on va se laver ! » Cette invective, jetée trop souvent à la face du patient, pourrait être l'expression verbalisée de cette mécanisation des gestes et en premier lieu des soignants eux-mêmes. Ainsi l'organisation depuis des décennies est immuable et ce, dans presque tous les services : la toilette est programmée comme sur le marbre, exclusivement le matin, et avant le petit-déjeuner. Et si pour maintes raisons, nous n'avons pas pu faire la toilette de Madame ou Monsieur, alors il nous faudra nous excuser auprès de la collègue qui nous relayera...

Les soignants sont instrumentalisés ou s'instrumentalisent lorsque leur pratique est conçue et organisée en termes de tâches à effectuer et qui doivent être achevées dans des créneaux horaires précis, par exemple, avant la pause-café, ou l'arrivée du médecin ou celle de l'équipe suivante⁷⁵⁰.

Le patient n'est plus l'hôte, mais bien l'autre ; celui à qui nous ne voulons pas

⁷⁵⁰. Hesbeen, Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997, p. 92.

ressembler : le fragile, le vulnérable n'est plus sujet de soins, mais bien objet. Il n'est plus une fin mais un moyen. D'ailleurs, fait remarquable, nous ne disons pas « faire la toilette d'une patiente », mais ... « faire une patiente ». Ce glissement sémantique, métonymique semble signer à lui seul la réification du malade.

Monsieur C. est un patient de quarante ans. Il est hospitalisé pour une altération générale de son état, suite à une anorexie trop prolongée. Nous ne l'avons jamais rencontré, avant cette matinée. Dès qu'il nous voit franchissant la porte, il retire promptement sa couverture et drap. Il répond à nos salutations, puis sans mot, il écarte comme l'aurait fait une marionnette ses jambes amaigris et dénudées. Il ne semble pas dans un désir d'exhibition. Il veut tout simplement que nous lui retirions sa protection. Il est incontinent et attend de nous que nous le laissions au propre, après quelques coups de gant passés sur son corps, comme nous passerions quelques coups d'éponge mécaniquement sur une surface. Nous comprenons à cet instant, que la machinerie organisationnelle l'a piégé dans cette frénésie « chosifiante », et que lui-même l'a intégrée jusqu'à la servir, à sa manière, pour simplifier, et faire économiser du temps aux soignants. « Il aide bien » ; voici une curieuse phrase récurrente dans la bouche de soignants signifiant que le patient au lieu d'être lui-même aidé, est amené à aider pour être aidé.

Nous pourrions lui recouvrir les jambes, et lui demander s'il a suffisamment dormi.

2. Elle, le haut, et nous, le bas

Dans une fébrilité pragmatique, notre activité se projette en nombre de toilettes, en nombre de prélèvements sanguins, en nombre de pansements. Il est établi depuis peu d'années, dans quelques EHPADs, qu'une toilette devait exactement durer dix minutes, sans distinction de résidents. Pour ne pas perdre une seconde, nous « ferons notre tour », chariot en main, dans le souci de faire. Il va sans dire que dans cette tension, la temporalité sera celle de *Chronos*. D'autant

plus que notre chef de service doit faire sa visite ce matin...

De coutume, nous déléguons cette tâche à notre stagiaire. Il sait se laver, donc il saura pour madame T. Et sinon, n'est-il pas là pour apprendre ? Avec soulagement, nous échappons à l'autre, et ce à quoi il nous renvoie. « Beaucoup d'infirmiers ont délégué à d'autres cette part ingrate, insignifiante et répétitive, pour se centrer sur des tâches plus “ nobles ”, visibles et reconnues⁷⁵¹. »

Il nous arrive aussi de rentrer à deux dans la chambre de monsieur N. Notre collègue a passé une bien heureuse fin de semaine, chez ses beaux-parents. Levons donc ces stores, un peu de lumière ! Et puis le patient est sommé de bien se tenir pour satisfaire ce que nous attendons de lui. Qu'il supporte sans chicane, nos suspectes plaisanteries, comme si cette parenthèse de vie nous conférait un droit de créance sur lui. Comme si le fait de le voir nu, le déshumanisait, ou plutôt le rendait trop humain.

Deux bassines pleines : je fais le haut et ma collègue le bas ; ici et maintenant, plus que jamais, notre patient patient⁷⁵² est chosifié. Ne lui est-il pas imposé là un réel travail de désinvestissement ? Désinvestir son corps, alors qu'il est en lui et inversement ? Désinvestir son corps, celui-là même qui incarne son existence ?

3. N'induisons-nous pas une sorte de schizophrénie ?

Schizophrénie vient du grec *skizein*, fendre, et *phrên*, phrenos, pensée. Il s'agit d'une « psychose délirante chronique caractérisée par un autisme, une dissociation générant une perturbation du rapport au monde extérieur⁷⁵³. » Sans

⁷⁵¹. Rajablat, Marie, *La toilette, voyage au cœur du soin*, op. cit., p. 5.

⁷⁵². Souligné par nous.

⁷⁵³. *Le Petit Larousse*, op. cit., p. 966.

aucun doute, par notre attitude négligente, nous morcelons davantage le patient, qui est déjà dissocié, séparé car en exil. Nous portons notre uniforme blanc, celui qui nous désigne comme personne compétente et fiable, mais ne trahissons-nous pas ici le malade et ceux qui le chérissent ? Il est maintenant scindé en deux : le haut et le bas. La finalité de notre activité s'inscrit dans le souci de pouvoir effectuer ce qui est maintenant une tâche parmi d'autres. Notre malade devient une surface de travail. La vulnérabilité est ce qui donne prise à une attaque, disions-nous ; n'en est-ce pas là une illustration, car sa nudité est littéralement un dénuement.

« Je me considérais, premièrement, comme ayant un visage, des mains, des bras, et toute cette machine composée d'os et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre, laquelle je désignais par le nom de corps⁷⁵⁴. » Nos actes se font actes d'anatomiste ; nos gestes ne sont pas maîtrisés et moins encore hésitants, mais bel et bien automatisés, ne laissant aucun espace à l'autre et surtout à ce que nous renvoie son corps déchu, corps dénudé. Car la vulnérabilité de l'autre nous expose à notre propre vulnérabilité, à notre propre finitude. À notre mort.

Lorsque nous évoquons *Thanatos*, *Éros*, n'est jamais très loin.

4. Surtout ne pas être touché

« Si ça saigne, c'est bon signe ! » ; que de fois avons-nous entendu ce postulat, énoncé de bonne foi par l'infirmière effectuant un pansement de plaie... ou bien « laissons-le sonner, il comprendra qu'il n'est pas seul ici ! ». La limite entre soins et sadisme peut être ténue, elle est également précaire entre soins et

⁷⁵⁴. Descartes, René, *Méditations métaphysiques*, op. cit., p. 75.

érotisation. Les désirs inconscients de séduction plus ou moins sublimés sont mis à dure épreuve lors d'un réel investissement dans les soins d'hygiène qui imposent de voir et de toucher l'autre nu. Au cours de la formation des étudiants en soins infirmiers, la toilette du patient est d'ailleurs vécue comme une véritable épreuve et représente parfois un bizutage qui ne dit pas son nom. Le risque de transgression lors de la relation d'hygiène confrontant à la nudité d'autrui, inciterait plutôt le soignant à baliser, techniciser quelquefois à l'extrême ce beau soin ?

Surtout ne pas être touché par celui que nous touchons. Les gants en vinyle nous aideront pour cette esquivé. L'esquivé vient de l'italien, *schivare*, de *schivo*, qui signifie dédaigneux. Elle est décrite comme l'action « d'éviter adroitement quelque chose ou quelqu'un ; c'est se soustraire d'une difficulté sans la résoudre⁷⁵⁵. » Ici, il s'agit d'éviter le coup apporté par l'image de l'autre. La main ainsi protégée ne risque pas d'être tendre ; mais à devoir être hermétique à autrui, nous-même ne nous scindons-nous pas ?

[...] la ligne de partage entre les bien doués et ceux qui ne le sont pas, est tracée par cet instrument sensoriel et par aucun autre. Ceux dont la chair est dure, en effet, ne sont pas doués intellectuellement, tandis que ceux qui ont la chair tendre le sont⁷⁵⁶.

Nous ne partageons pas cette distinction avec Aristote entre le doué et celui qui ne l'est pas, mais nous pensons que le « tendre », peut être un état de la chair, chair étant le corps-chair, corps vivant investi par l'esprit (*leib*), permettant une réceptivité tactile d'autrui, une intelligence du toucher en quelque sorte, qui fait que notre main adaptera son rythme, son mouvement et sa densité selon le rythme, le mouvement et la densité de notre patient. Avoir du tact, ici n'est pas seulement pris dans sa métaphore mais dans sa matérialité.

⁷⁵⁵. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, op. cit, vol. 3, p. 149.

⁷⁵⁶. Aristote, *De l'âme*, op. cit., p. 182.

À cet instant, nous sommes ici et ailleurs ; nous sommes absents. « L'absence est le fait de ne pas être présent, de manquer⁷⁵⁷. » Nous ne répondons pas à l'appel de l'autre. Nous sommes là, sans y être. « Une présence n'est pas quelque chose de fugitif et de glissant, c'est un être qui nous attend et qui demeure. L'objet n'est pas durée mais stagnation, arrêt, interruption, raidissement, isolement, absence de relation et de présence⁷⁵⁸. » Nous entrons dans la chambre du malade, sans poser notre regard sur lui, nous inventons alors une discussion avec notre collègue. Nous lui sommes absents, et nous nous absentons de nous-mêmes. Nous parlons de « présence à soi⁷⁵⁹ », lorsque nous arrivons à accorder nos actes avec conviction, avec congruence. À l'opposé, lorsque nous ne défendons pas ce pourquoi nous sommes, c'est-à-dire le soigné, le patient, l'autre, alors nous ne sommes plus soignants, c'est-à-dire celui qui prend soin. Nous devenons inhospitaliers, hostiles et menaçants à notre tour. Dans notre absence à l'autre, comment pourrions-nous être accueillants, hospitaliers ? Nos mains ne sont plus réconfortantes ; il arrive trop souvent que le toucher soit brisé par le port systématique de gants. Nos mains ne sont plus réconfortantes ; l'appréhension de son corps se fait en pincés. Ainsi le moins de contact, de tact avec lui, est assuré. Il est sûr que le contact nous expose à autrui.

Paradoxe de la frontière : créés par des contacts, les points de différenciation entre deux corps sont aussi des points communs. La fonction et la disjonction y sont indissociables, de corps en contact, lequel possède la frontière qui les distingue ? Ni l'un, ni l'autre : est-ce à dire : personne ?⁷⁶⁰

Dans cette essentielle densité devenue unique maintenant, le soignant peut-il encore être seulement professionnel, dans l'acception communément admise dans les centres de formation, c'est-à-dire en laissant ses émotions au vestiaire ?

⁷⁵⁷. *Le Petit Larousse, op. cit.*, p. 48.

⁷⁵⁸. Buber, Martin, *Je et tu, op. cit.*, p. 32.

⁷⁵⁹. Terestchenko, Michel, *Un si fragile vernis d'humanité, banalité du mal, banalité du bien*, Paris, La Découverte/Poche, 2007, p. 180.

⁷⁶⁰. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, I. Arts de faire, op. cit.*, p. 186.

Le soignant est confronté à ses propres limites. Cette proximité peut elle-même être intrusive car elle passe outre les conventions sociales ; elle peut laisser sourdre un malaise et amener la domination et l'intimidation de l'un par l'autre, de la négligence jusqu'à la violence⁷⁶¹.

5. Un vrai calvaire !

La négligence des douleurs physiques avant, pendant et après la toilette en est une illustration. Par elle, il peut y avoir supplice. Le patient, lorsqu'il le peut, exprime sa vulnérabilité accentuée par la nudité du corps : « c'était un vrai calvaire. » Cette plainte n'est aucunement exceptionnelle, mais bien souvent elle est minimisée. Calvaire vient « du grec *calvaria*, qui signifie Crâne, lieu où le Christ fut crucifié ; elle est la colline où les condamnés étaient exécutés. De fait, elle était parsemée de crânes. Le calvaire est aussi une croix en plein air, commémorant la passion du Christ, longue suite de souffrances ; il signifie une longue épreuve⁷⁶². » Terme ni anodin, ni neutre donc.

⁷⁶¹. Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, *op. cit.*, p. 30.

⁷⁶². Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*, vol. 1, p. 1387.

CHAPITRE XXVII.

COMMENT LE BIEN PEUT-IL DEVENIR SON CONTRAIRE ?

1. Une question de fatigue ?

L'un des pires ennemis de l'homme qui veut faire le bien, est la fatigue⁷⁶³. La fatigue est « sensation désagréable de difficulté à effectuer des efforts physiques ou intellectuels, provoquée par un effort intense, par une maladie, ou sans cause apparente⁷⁶⁴. » Une deuxième définition semble mieux répondre à notre objet d'étude, même si classiquement elle concerne un matériau : « Endommagement [d'un matériau] provoqué par la répétition de sollicitations [mécaniques] et pouvant entraîner sa rupture⁷⁶⁵. » Serait-elle la cause d'une dissociation, d'une dysharmonie ou, et d'une dissonance cognitive, entre notre idéal soignant et nos actes ? Car s'il existe une minorité de soignants de coutume maltraitants, nous aimons à penser que les autres sont animés de l'amour du bien, pour le bien d'autrui ; cette volonté du bien s'inscrit donc dans une action. Car au chevet du patient, il est fréquent de remplacer la collègue souffrante, travailler

⁷⁶³. Fiat, Éric, *Ode à la fatigue*, *op. cit.*, pp. 300 à 312.

⁷⁶⁴. *Le Petit Larousse illustré*, *op. cit.*, p. 454.

⁷⁶⁵. *Idem*.

jusque tard le soir et revenir tôt le matin pour prendre soin de nos malades ; mais cette disponibilité, adaptabilité trop flexible, induirait-elle sa part de fatigue ? Cette vocation féminine ou plutôt construction sociale⁷⁶⁶ ne participerait-elle pas à une utilisation débridée du soignant, jusqu'à mettre quelquefois en souffrance et le Code du travail, et le soignant lui-même ?

Nous pouvons aborder symboliquement l'autorité institutionnelle, comme une mère. « La mère suffisamment bonne », pour Winnicott, est celle qui ne donne ni trop peu ni trop à son bébé, juste ce qu'il faut, tant du point de vue physique que psychique. De même, l'institution sera « suffisamment bonne » pour le soignant, si elle lui propose des conditions de travail qui lui permettent d'effectuer ses activités en tant que sujet, sans en faire un pion fragilisé, menacé, interchangeable, remplaçable pour satisfaire la raison instrumentale. Celle-ci « définit une raison au seul service de la performance économique, de l'efficacité de la production, de la rentabilité, qui n'interroge plus la finalité des actes qu'elle commet. La raison est réduite au seul rang d'outil, de moyen, d'instrument, de calcul, et non plus de finalité, ou d'exigence critique⁷⁶⁷. » Nous percevons cette attitude d'hyper flexibilité chez nombre d'entre nous, mais aussi chez nos patients.

Le faux-*self*⁷⁶⁸ est prégnant chez les infirmières, ce qui nous semble déjà être

⁷⁶⁶. « L'exercice de la sollicitude est en effet profondément enraciné dans un partage des espaces privé et public, de la sphère de la famille, et de celle du gouvernement, associé à une bipartition des tâches entre femmes et hommes, les premières dans l'espace secret de la maison, les seconds dans l'espace du travail rémunéré voué à la réalisation de soi. Cet ordre social, partagé entre des vies masculines vouées à la construction de soi comme sujet autonome pourvu d'attributs sociaux distinctifs et des vies féminines reliées sur le mode de l'attention à autrui, remplies de sollicitude jusqu'au sacrifice de soi, repose sur une idéologie de la domination des hommes sur les femmes. » Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, op. cit., p. 15.

⁷⁶⁷. Fleury, Cynthia, *Les irremplaçables*, op. cit., p. 50.

⁷⁶⁸. Winnicott, Donald Wood, *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot et Rivages, 2006/1996, pp. 99-100. Winnicott distingue cinq degrés de faux-*self* : le spectre du faux-*self* s'étend : 1- de la dissimulation complète, étouffant la personnalité et en toute circonstance de sa personnalité, source de souffrance ; 2- De la protection de son moi dans un contexte menaçant,

un terreau favorable à l'épuisement. En milieu hospitalier cette adaptation, souvent suradaptation aux conditions de travail, est en vive alerte pour répondre aux demandes institutionnelles. Le « faux-self », serait de défendre et de protéger le « vrai-self » en le dissimulant⁷⁶⁹. L'équilibre entre ces deux *selfs* éviteraient l'enfermement dans un faux-self, tout en laissant exister le « Je ». Pour le pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais Winnicott (1896-1971), le faux-self se déploie déjà chez le bébé, si l'environnement lui paraît menaçant. Aussi adoptera-t-il des attitudes de séduction et de soumission à la mère, en devenant exactement ce qu'elle veut qu'il soit⁷⁷⁰. Pour les soignants, la gratitude exprimée par les patients et leurs proches d'une part et, le fait d'être soi *a priori* en bonne santé, d'autre part, posent de *facto*, l'interdit de se plaindre et, donc, d'exprimer clairement ses difficultés. En outre, notre culture soignante a pour symptôme l'obsession de la distance : il nous faut absolument l'établir avec celui que l'on soigne. Mais cette distance d'avec l'extérieur ferait-elle, par ricochet, une mise à distance de notre intérieur, de nous-même et de nos émotions ? « Laisse tes sentiments au placard » disent certains cadres, « conseils » colportés ensuite par les soignants eux-mêmes. L'effondrement, l'abattement émergent aussi de ces efforts de défense déployés dans la durée, pour paraître à la hauteur.

La fatigue dont nous parlons n'est pas cette fatigue du juste après une journée de labeur ouvert sur le monde, et qui attesterait de sa participation au bien commun. Elle est acédie, de *ἀκηδία* (*akêdéia*) qui signifie en grec ancien : négligence, indifférence⁷⁷¹. Il s'agit de « cette fatigue quand les apôtres, sur le

nocif ; 3- Le faux-self s'adapte pour permettre l'expression du vrai-self ; 4- Le vrai-self s'exprime à travers des identifications tenant lieu de faux-self ; 5- Équilibre entre le faux-self et le vrai-self ; ce dernier peut s'exprimer tout en respectant les conventions, les manières sociales, l'expression en société par une attitude polie.

⁷⁶⁹. *Idem*, p. 99.

⁷⁷⁰. *Ibidem*, p. 108.

⁷⁷¹. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française, op. cit.*, vol. 3, p. 1429.

Mont des Oliviers, s'endorment accablés là-même où ils auraient dû veiller⁷⁷²». Il s'agit d'une fatigue qui « grisaille » son âme et, par conséquent, le monde. Elle lui retire sournoisement son horizon, l'idée même d'une impossibilité de possibilité. Et bien, quelquefois ce mal (qui peut devenir un bien lorsqu'il permet un temps de remise en question mais aussi plus simplement de penser son existence) s'abat sur les soignants. Nos soignants maltraitants, le sont-ils parce qu'ils souffrent eux-mêmes d'acédie ?

Ils éprouvent un désintérêt de leurs actions, leurs gestes deviennent mécaniques. Épuisés, ils deviennent un « terrain vague⁷⁷³ ». Les anglo-saxons appellent cet état « *burn out* » : un épuisement professionnel avec l'idée d'un vide intérieur, un désastre que laisserait un incendie de feu vorace⁷⁷⁴.

En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte⁷⁷⁵.

Par ailleurs, Christophe Dejours, dans son analyse autour du travail de standardiste⁷⁷⁶ montre une mécanique : dans cette situation, le règlement interdit aux employé(e)s de communiquer plus que nécessaire avec leurs interlocuteurs. Ils/elles sont en effet prié(e)s d'exécuter les connections demandées, sans échanges outrepassant la demande. Cette limitation engendrerait une frustration. Dès lors, ils/elles vont inconsciemment accélérer le rythme pour libérer leur

⁷⁷². Chrétien, Jean-Louis, *De la fatigue*, Londrai, Minuit, 1996, p. 74.

⁷⁷³. *Idem*, p. 18.

⁷⁷⁴. Le témoignage d'une amie : « Cela me fait penser aux brûlures au 3^{ème} degré, invisibles à l'extérieur du corps de la personne qui continue à se consumer à l'intérieur. Le camarade de classe de ma filleule brûlé au 3^{ème} degré a été sédaté. La comparaison de cette crémation physique au 3^{ème} degré, avec le « burn out » qui est d'ordre psychique était saisissante. »

⁷⁷⁵. Freudenberg, Herbert J., *L'épuisement professionnel : "La brûlure interne"*, Québec, Morin, 1987, p. 142.

⁷⁷⁶. Dejours, Christophe, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 2000.

tension. D'une part, cette accélération du rendement profite à l'entreprise et, d'autre part, elle alimente la souffrance au travail du ou de la standardiste ; ces frustrations et l'agressivité qui résultent de la tension et de l'énervement sont en quelque sorte recyclés, pour augmenter dans une boucle infernale, les cadences du traitement des appels téléphoniques. Un autre paramètre majeur, dans ce cercle vicieux, est celui de l'appropriation de ces contraintes par les employé(e)s eux/elles-mêmes, parce qu'ils/elles sont observé(e)s ; s'ajoute à cela un élément crucial, celui de se savoir observé⁷⁷⁷.

Certes, le contexte professionnel est différent, ici, mais cette organisation cynique du travail semble s'apparenter assez bien à celui de nombreux services hospitaliers, avec une approche « individualisante », « segmentante », à la chaîne.

2. Un travail à la chaîne

Notre travail se fait du début à la fin de ce long couloir, chambre après chambre, travail à la chaîne, en série. Tous à la même enseigne. Ce que nous décrivons tient du taylorienne⁷⁷⁸. Et notre activité au chevet du patient y sera comparable, avec ces exécutions de tâches à la chaîne : ma collègue, le haut et moi, le bas. Comme le souhaitait déjà Taylor, dans son organisation scientifique du travail, au XIX^e siècle. Dans un tel contexte, aucune flânerie possible, ni permise, au décours de la toilette. Elle le haut, et moi le bas. Le film, *Les Temps modernes*⁷⁷⁹ évoque avec humour cette mécanisation des êtres pour répondre à la

⁷⁷⁷. Foucault, Michel, *Surveiller et punir, op. cit.*, , p. 236.

⁷⁷⁸. *Grand Larousse de la langue française en sept volumes* (GLLF), sous la direction de Louis Guilbert, René Lagane et George Niobet, Paris, Larousse, 1978, vol. 7, p. 5963 : Défini par Taylor, frédéric Winslow (1856-1915), ingénieur américain : Méthode d'organisation scientifique du travail industriel visant à assurer une augmentation de la productivité fondée sur la maîtrise du processus de production, sur la séparation stricte entre travail manuel et travail intellectuel, sur une parcellisation des tâches et sur une standardisation des outils, des conditions et des méthodes de travail.

⁷⁷⁹. Chaplin, Charlie, *Les Temps modernes, op. cit.*

cadence industrielle et il montre aussi que l'intelligence pratique n'y trouve que très difficilement sa place.

« Sur toute la surface de contact entre le corps et l'objet qu'il manipule, le pouvoir vient se glisser, il les amarre l'un à l'autre. Il constitue un complexe corps-armes, corps-instrument, corps-machine⁷⁸⁰. » Comme le ou la standardiste, deviendrons-nous un instrument amarré à notre poste de travail, lequel serait patient ? Tout comme lui/elle, serions-nous les artisans de notre propre souffrance, dans ce rouage ? De fait, l'inadéquation entre les aspirations du soignant et le contenu de l'activité rendrait-elle plus aride encore « le terrain vague » ? Ce manque de coïncidence deviendrait-il, finalement, une charge de travail psychique supplémentaire ?

Des stratégies de défense se mettent alors en place pour que nous puissions continuer de travailler. Nous proposons ici d'évoquer l'expression « idéologie défensive⁷⁸¹ ». Elle aurait pour but de masquer, contenir et occulter une anxiété⁷⁸², anxiété face à la vulnérabilité du patient, et ce qu'elle nous dit de notre propre vulnérabilité. Par ailleurs, est-il possible que cette anxiété ait pour cause le sentiment de ne pas accomplir son travail avec beauté, comme un art ? C'est-à-dire avec la satisfaction d'atteindre ou d'approcher une certaine représentation de son idéal de travail. Nous constatons cette inclination vers le Beau, même dans les métiers où l'employé arraisonné à son outil de travail, devient lui-même instrument de production. Chez les caissières, par exemple, il arrive parfois que l'une d'entre-elles - ce sont souvent des femmes - redresse les produits qui défilent sur le tapis roulant de la caisse, et en vous regardant, vous dit : « Ce n'est rien mais je préfère ».

⁷⁸⁰. Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, op. cit., p. 180.

⁷⁸¹. Dejours, Christophe, *Travail, usure mentale*, op. cit., p. 33.

⁷⁸². *Idem*.

Serions-nous, par nous-mêmes, les praticiens de ce modèle de mécanisation que nous attendons et entretenons ?

L'impassibilité exigée d'elle (corporation soignante), qui en fait un corps objectivé, déshabité, la nécessité légitime pour tous ses membres d'édifier des défenses permettant de supporter la vision et le toucher de chairs déformées et souffrantes, l'éloignent souvent de ce qui est fondamentalement subjectif pour chacun dans la relation à son propre corps et donc à celui d'autrui⁷⁸³.

Nous avons en mémoire deux phrases phares, comme prémâchées et révélatrices d'une pression vers le conformisme : « Tu prends trop de temps avec chaque patient, tu n'y arriveras pas ... », assertion souvent adressée au stagiaire. Et « tu aurais dû faire psycho... », pour notre collègue. Ce système défensif viendrait-il préserver les conditions et l'organisation du travail de tout changement profond, et donc de toute essentielle évolution ? L'organisation a un impact sur la pénibilité du travail, mais la question de l'individualité, donc de la responsabilité sans doute se pose-t-elle de façon aigüe, ici ?

3. Une question de responsabilité

Responsabilité, selon *Le Petit Larousse*⁷⁸⁴, vient du latin *respondere*, se porter garant ; qui doit répondre de ses actes ou de ceux des personnes dont il a la charge. Pour le philosophe Hans Jonas, la responsabilité est la sollicitude. La responsabilité est le souci, reconnu et accepté comme devoir, de l'être autre que soi, souci qui se transforme en préoccupation lorsque la vulnérabilité de cet être est menacée. Notre responsabilité ne porte pas seulement sur notre volonté de faire le bien, elle s'inscrit aussi en acte. Ici, il s'agit de penser et mener le soin, pour « ce » patient, en tant que sujet, tout en cherchant à être au plus près d'un vrai mieux-être. Et, par ricochet, parce qu'il est notre semblable, pourrions-nous

⁷⁸³. Mora, Geneviève, *Jusqu'au terme de l'existence, approches de la vieillesse et de la fin de vie*, Paris, Vuibert, 2007, p. 77.

⁷⁸⁴. *Le Petit Larousse*, *op. cit.*, p. 922.

échapper à une instrumentalisation organisationnelle ? Nous ne nous situons plus en tant qu'agents qui fonctionnons⁷⁸⁵, mais en tant que soignants. Notre présence à nous-mêmes est fondement de notre individualité singulière, et de nos actes. Elle n'est pas seulement dictée par une responsabilité juridique qui renvoie à la faute, mais par une responsabilité morale qui résonne avec le bien que nous pouvons faire. En tant que soignants, nous sommes responsables d'autrui, cette personne qui attend nos soins, notre attention. Nous sommes responsables, mais l'institution l'est aussi et doit, par conséquent, mobiliser ses propres ressources pour nous aider à répondre au mieux à cette nécessité, car « Si la responsabilité du fort envers le faible, du soignant envers le soigné est totale, elle ne peut, malgré tout, s'exercer que dans la limite des forces du responsable, fût-il voué à la sainteté⁷⁸⁶. » Aussi, la réponse préfabriquée qui consiste à dire : « c'est un manque d'organisation », lorsque nous nous plaignons de manquer de temps, pour effectuer tous les soins, est inauthentique et ajoute de la maltraitance à la maltraitance déjà là ; elle n'a pour vrai mobile que de faire cesser la plainte, en acculant le soignant à douter de ses compétences, donc sans remettre en cause un certain type de *management*. En effet, à elle seule, la question de l'organisation ne peut pas pallier une réelle pénurie de personnel, notamment pour des soins qui requièrent du temps : la toilette, par excellence, est l'un d'eux. La meilleure volonté du monde ne peut faire plus que ce qu'une institution veut bien lui accorder. C'est pourquoi la toilette soulève un questionnement éthique, elle doit aussi être abordée comme un problème politique.

⁷⁸⁵. Arendt, Hannah ; Fest, Joachim, *Eichman était d'une bêtise révoltante, entretiens et lettres*, op. cit, Extrait déjà cité en page 80 de ce travail : « Je dirais ici que la perversion propre à l'action consiste dans le fait de fonctionner, et que ce fonctionnement procure un sentiment de plaisir qui est toujours présent ; mais je dirais aussi que tout ce qui est en jeu dans l'action, y compris dans le fait d'agir de concert- délibérer ensemble, parvenir à des décisions précises, endosser la responsabilité, penser ce que nous faisons-, tout cela est éliminé dans le fait de fonctionner. Nous avons ici affaire au fait de tourner purement à vide. »

⁷⁸⁶. Zittoun, Robert, *La mort de l'autre, une introduction à l'éthique clinique*, Paris, Dunod, 2007, p. 200.

Néanmoins, de toute évidence le bonheur ne saurait se passer des biens extérieurs, comme nous l'avons dit. En effet il est impossible ou tout au moins difficile de bien faire si l'on est dépourvu de ressources. Car bien des actes exigent, comme moyen d'exécution, des amis, de l'argent, un certain pouvoir politique⁷⁸⁷.

4. Une certaine invisibilité

Nous comprenons que la toilette est un soin complexe qui mobilise des ressources humaines, tant du patient que du soignant. Toutefois, pour bonifier sa valeur, elle tente de s'introduire dans le champ de la technique. Nous exigeons de nos stagiaires que la toilette soit « en technique ». Le déroulement est alors envisagé par segmentation du corps. Il existe même des protocoles de toilette. Faut-il qu'un soin entre dans le champ de l'opérateur pour « gagner du galon » ? Et pourtant, c'est aussi lorsque nous prenons le moins soin, que nous sommes amenés à traiter. La personne âgée que nous perfusions pour déshydratation l'illustre bien.

Dans l'institution hospitalière et dans l'ensemble du système de santé, la priorité accordée aux traitements pour se rendre maître de la maladie relègue les soins comme accessoires, comme allant de soi, continue à les minimiser et à les discréditer et par le fait même à dévaloriser celles et ceux qui les prodiguent⁷⁸⁸.

Michel de Certeau, lui, parle de « niveau d'invisibilité sociale, de degré de non reconnaissance culturelle⁷⁸⁹ ». La toilette est un soin qui n'exige pas d'études prestigieuses, comme tout ce qui est afférent au *care*. « Puisque notre société considère la réussite publique, la rationalité et l'autonomie comme des qualités louables, le *care* est dévalorisé dans la mesure même où il incarne les qualités opposées⁷⁹⁰. » Parce qu'il renvoie instantanément à notre fragilité, fragilité qui, si

787. Aristote, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, p. 36.

788. Hesbeen, Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*, *op. cit.*, p. 182.

789. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, *op. cit.*, p. 213.

790. Tronto, Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009, p.162.

nous la pensons, rappelle notre mortalité. De prendre conscience de notre mortalité, ne peut que nous encourager à orienter notre existence, non pas dans l'accumulation de l'avoir, mais pour le déploiement de notre être. Ce cheminement ne coïncide pas toujours avec l'esprit consumériste de notre époque. Donc, dans notre hantise d'immortalité, nous ne valorisons que la performance, faudrait-elle qu'elle fût spectaculaire, pour nous faire oublier nos fêlures ?

Est-ce pour toutes ces raisons que les autres professionnels de santé avec qui nous travaillons dans la structure hospitalière, lesquels ne pratiquent pas la toilette, n'assistent ou ne contribuent que très rarement à cette activité ?

Ou bien est-ce parce qu'elle est réalisée un peu après l'aube, avant l'arrivée du reste du monde ?

Le bien-être du malade et du voisin de chambre peuvent expliquer cette précipitation de bonne heure ? Et si le patient n'est pas souillé, pourquoi cet empressement ?

Le bain, au Moyen-Âge était suspect. Quelques siècles plus tard, la toilette a-t-elle hérité de ses connotations péjoratives ? La profession se masculinise mais la majorité des soignants sont des femmes ; elles ont longtemps été considérées comme impures et l'objet de leurs soins à la personne, le corps, devenait également vil et abject. Cela explique-t-il le secret qui accompagne le soin de propreté ? Nous devons préciser que les femmes, à qualification égale, restent moins bien rémunérées que leurs collègues masculins, dans bien des secteurs. L'aspect accessoire, allant de soi, secondaire à ce qui est le cœur du métier d'infirmier a un impact sur ce statut.

À ce niveau d'invisibilité sociale, à ce degré de non-reconnaissance culturelle, il est revenu

de longue date et il revient encore, comme de droit une place aux femmes, puisqu'à leurs occupations quotidiennes on n'accorde en général aucune attention : il faut que « ces choses-là » soient faites, il faut donc bien que quelqu'un s'en charge ; de préférence, ce sera une femme, autrefois, c'était une bonne à tout faire⁷⁹¹.

L'entretien du foyer, les efforts portés pour la préparation des repas, demandent souvent un esprit créatif ; les soins donnés au corps de la parturiente, de l'enfant, du malade, du vieillard, mobilisent des savoirs faire ; ces travaux vont tellement de soi, sont tellement invisibles que leur absence les rappelle à nous. Ils sont classés hors champ du travail. Ils demandent une intelligence pratique, qui s'adapte et se réadapte : « une intelligence très ordinaire⁷⁹²».

⁷⁹¹. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'intervention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, op. cit., p. 220.

⁷⁹². *Idem*, p. 223.

CHAPITRE XXVIII. UNE INTELLIGENCE PRATIQUE

1. S'agirait-il encore de *Métis* ?

Comme nous l'écrivions plus haut, la *Métis* des Grecs est une forme d'intelligence pratique, née de la difficulté, de la résistance dans une situation vécue. Elle va de pair avec le *Kairos*. Comme elle, le soin de la toilette est inventif et créatif,

[...] fondamentalement enraciné dans l'engagement du corps qui fonctionne grâce à une sorte de mimétisme avec les contraintes de la tâche [...], il est soucieux d'épargner l'effort et privilégie l'habileté au détriment d'un déploiement de la force⁷⁹³.

Cette forme particulière d'intelligence procède d'une mise en avant du corps. Ulysse *polymétis*, est le héros de toutes les ruses. *Métis* sert autant le charpentier que l'homme politique, mais aussi les animaux, dont le renard ou le poisson-renard. Elle est le moyen pour le plus faible de renverser le plus fort. Mais depuis les sciences expérimentales, *Métis* est dénigrée, condamnée par les scientifiques qui n'évoluent ni dans une approche courbe de la réalité, ni à travers un langage oral mais scriptural. Il faut agir de façon mathématique...

⁷⁹³. Dejours, Christophe, *Le facteur humain*, Paris, PUF, 2007, p. 48.

« Les cheminements détournés et la ruse de l'approximation⁷⁹⁴ » suscitaient déjà la méfiance de Platon, accordant une suprématie à la connaissance théorique avec, pour fondement, la mathématique. La *Métis* a la réputation de servir une intention malhonnête car mouvante, oblique et courbe. Et pourtant, elle ne prend forme qu'à partir de l'image des situations pour lesquelles elle est convoquée. Aristote rappelle son nécessaire recours à l'homme prudent (le *phronimos*) mais avec son habituelle méfiance de l'excès⁷⁹⁵. Pour le Stagirite, il existe une connaissance portant sur l'inexact, et la réussite du *phronimos* « doit plus au coup d'œil qu'à un savoir imperturbable⁷⁹⁶. » Au décours de la toilette, la faiblesse d'autrui nous élève au *phronimos*.

Nous avons abordé quelques histoires : celles de l'hygiène, des soignantes, des femmes, mais aussi celle de *Métis*. Il nous semble que la dévalorisation de la toilette trouve sa cause dans cette coïncidence d'histoires. Elles découlent elles-mêmes des unes et des autres.

Ce soin du corps, du rôle propre, s'exprime dans une zone d'incertitude qui lui confère une certaine liberté, un espace qui échappe encore à la « protocolisation ». Il offre un espace-temps de créativité. Serait-ce pour cette raison, qu'intuitivement, les soignants ne le divulguent pas ? Peut-être n'en parlent-ils que très peu et très rapidement, pour le garder secret, pour ne pas le mettre en danger ? Est-ce une forme de résistance à la voracité du tout binaire, du tout scientifique ? Ici encore « L'invisible savoir échappe au pouvoir visible⁷⁹⁷. »

⁷⁹⁴. Dejours, Christophe, *Le facteur humain*, op. cit., p. 48.

⁷⁹⁵. Holzerny, Pierre, *Métis*, WWW.ac-nice.fr/massena/clubs/philo/pdf/metis.pdf, p. 5. Consulté le 22 août 2018.

⁷⁹⁶. Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la métis des grecs*, op. cit., p. 305.

⁷⁹⁷. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, I. Arts de faire*, op. cit., p. 128.

2. Je fais et je coche

Lorsque le soin est assuré comme il se doit, est-il besoin d'une écriture médicale, d'une prescription ? Le soin de propreté relève de l'initiative du soignant de chevet. Est-il possible que par le biais d'une ordonnance écrite, il y ait tentative consciente ou inconsciente de récupérer ce soin dans le champ scientifique ? « [...] la culture orale est devenue la cible qu'une écriture devait éduquer ou informer⁷⁹⁸. », car on lui prête une immaturité, une minorité de surcroît féminine qui doit être supervisée et, surtout, cantonnée pour prouver son importance. « Est "oral" ce qui ne travaille pas au progrès ; réciproquement, est "scripturaire" ce qui se sépare du monde magique des voix et de la tradition⁷⁹⁹. » Nous pourrions souligner cette idée que l'oral est envisagé comme antithétique du travail. Pourtant, dans ce contexte, l'écriture peut porter en elle-même un revers, celui de paraître au-devant de l'objet qu'elle décrit. En effet, elle tend à prévaloir sur le réel. En outre, la transmission ne peut pas être servie par une écriture automatisée, pré-figurée, mais bien au sein d'une relation. Nous pensons donc que certains savoirs pratiques doivent résister à l'écriture procédurale, pour garder leur essence, eu égard aux fiches techniques qui figent et éloignent l'apprenant du sens même du soin. Il ne s'agit pas ici de préparer une perfusion, un prélèvement sanguin ou tout autre geste technique bien codifié. L'écriture scientifique n'a de cesse que de vouloir cantonner, catégoriser ce qui, par essence, relève d'un savoir-faire, orné d'intuition et de tact. Par ailleurs, ce soin de la toilette est le plus souvent mené par les aides-soignantes. Or nombre d'entre elles, si elles savent lire et écrire, entretiennent une relation compliquée, sinon conflictuelle avec l'écriture. Aujourd'hui, une farouche réticence à utiliser l'informatique, pour écrire au clavier, alimente et aggrave cette dissension,

⁷⁹⁸. Certeau, Michel de, collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner, op. cit.*, p. 354.

⁷⁹⁹. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire, op. cit.*, p. 199.

comme si l'histoire se rejouait. Serait-ce là un clin d'œil au passé ? Les femmes soignantes n'ont – elles pas déjà été dépossédées de leurs savoirs par l'écriture des autres ?

Nous cochons ce que nous faisons. Ce qui n'est pas écrit, n'est pas fait. Dans l'actuel contexte d'évaluation, nous sommes amené(e)s à « tracer » notre activité. Cette traçabilité est davantage motivée par la crainte des plaintes, que par un désir de narrer, de raconter notre soin. Seule la case à cocher est à prendre en considération ; elle est conforme et répond à la judiciarisation des soins. Elle est à elle seule, signification ou plutôt signalisation de l'acte de la toilette. Cette signalisation épouse l'aire du sms, du *fast*... Et, fait remarquable, le « je » reste absent de nos transcriptions : nous ne disons pas « j'ai accompagné madame X pour faire sa toilette », mais « Madame X a été accompagnée pour faire sa toilette ». Ce retranchement du « je » n'est pas anodin, il démontre foncièrement que les notions de « distance professionnelle », de neutralité des émotions, apprises en formation puis intégrées peu à peu dans la pratique, se sont imposées jusque dans la substance de l'écriture.

Souvent nous invoquons le manque de temps. Beaucoup d'entre nous, le consacrons à écrire les soins effectués sur prescription, même si, par ailleurs, nous les avons cochés sur quelque diagramme de planification des soins, intégrés dans le dossier du patient. Nous pouvons également avancer que l'écriture sur la toilette du patient nécessite une mise à distance de notre propre corps-*leib*, corps-chair, celui qui s'est bel et bien engagé dans la toilette. En effet, la cadence nous confisque souvent ce précieux privilège de la distanciation, entre deux soins, qui permettrait de penser toute action de soin, pour la narrer et de la narrer pour la penser. La cadence trouve son étymologie dans l'italien *cadenza*, de *cadente*...

tombant, de *cadere*... tomber⁸⁰⁰ !

3. L'ordinaire n'est pas lisible

Nous constatons qu'écrire le soin de la toilette dans sa complexité peut dissuader de sa transcription. Par ailleurs, depuis des millénaires, les femmes transmettent leur savoir par tradition orale. Ayant intériorisé ce patrimoine oral, nombreux sont les soignants qui ne peuvent concilier le faire et l'écrire. Ou bien, comme nous l'évoquions plus haut, ils ont tout simplement des difficultés d'ordre pratique : difficultés du côté de la grammaire. Cette relation conflictuelle à l'écriture la rend « naturellement » suspecte, inquiétante. Enfin, « l'ordinaire n'est pas lisible⁸⁰¹ », car c'est le corps tout entier qui s'engage avec des savoirs ancestraux, c'est pourquoi le soin est quelque chose qui s'habite, se vit, s'investit. Cette absence d'écriture, nous la lisons comme étant du ressort de la *métis* qui, jouant encore un de ses tours, rend cette belle activité inaccessible au paradigme de la traçabilité.

L'hygiène a été prétexte à l'objectivation du corps puis à son analyse. Elle a pu servir la discipline.

Or les procédés disciplinaires retrouvent ce rapport, abaissent le seuil de l'individualité descriptible et font de cette description un moyen de contrôle et une méthode de domination. Cette mise en écriture des existences réelles n'est plus une procédure d'héroïsation ; elle fonctionne comme procédure d'objectivation et d'assujettissement⁸⁰².

En effet, être raconté était un privilège et procédait d'un rituel célébrant même la puissance, le prestige de celui qui était regardé et ensuite décrit dans son quotidien. Ici, il ne s'agit pas d'une mise en valeur du patient, pour servir une mémoire mais plutôt d'une validation des gestes effectués, pour une utilisation

⁸⁰⁰. Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*, *op. cit.*

⁸⁰¹. Certeau, Michel de, *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire*, *op. cit.*, p. 18.

⁸⁰². Foucault, Michel, *Surveiller et punir*, *op. cit.*, p. 224.

dans la continuité des actes à donner. Il s'agit aussi de se prémunir face à une éventuelle plainte.

Écrire le déroulement de la toilette dans le dossier de soins, serait-ce découvrir à nouveau le patient, au sens littéral et, le soignant ? Cette procédure nous semble travailler pour la transparence qui, en réalité, sert le contrôle dans tous les coins et recoins, et nous renvoie au concept du *Panoptique* de Bentham, que nous avons convoqué dans un chapitre précédent. Plus tard, Michel Foucault le reprendra. Rappelons que le terme vient du grec *παν* (tout) et *οπτικοζ* (qui concerne la vision). « Le panoptique se dit d'un édifice dont on peut, d'un poste d'observation prévu à cet effet, surveiller tout l'intérieur⁸⁰³. » Le risque supplémentaire d'objectivation du binôme patient-soignant est omniprésent. Par ce moyen, « dans sa tour centrale, le directeur peut épier tous les employés qu'il a sous ses ordres⁸⁰⁴ ». Et alors, adieu, peut-être, toute zone d'incertitude, adieu espace de créativité et de flânerie...

4. Une juste mesure

À travers le mythe de Teuth, Socrate dans l'accompagnement herméneutique de Phèdre, requestionne les vertus de l'écriture :

Eh bien ! J'ai entendu dire que, du côté de Naucratis en Égypte, il y a une des vieilles divinités de là-bas, celle-là même dont l'emblème sacré est un oiseau qu'ils appellent, tu le sais, l'ibis ; le nom de cette divinité est Theuth. C'est donc lui qui le premier, découvrit le nombre et le calcul et la géométrie et l'astronomie, et encore le trictrac et les dés, et enfin et surtout l'écriture. Or, en ce temps-là, régnait sur l'Égypte entière Thamous, qui résidait dans cette grande cité du haut pays, que les Grecs appellent Thèbes d'Égypte, comme ils appellent le dieu (Thamous) Ammon. Theuth, étant venu le trouver, lui fit une démonstration de ces arts et lui dit qu'il fallait les communiquer aux autres Égyptiens. Mais Thamous lui demanda quelle pouvait être l'utilité de chacun de ces arts ; et, alors que Theuth donnait des explications, Thamous, selon qu'il les jugeait bien ou mal fondées, prononçait tantôt le blâme tantôt l'éloge. Nombreuses, raconte-t-on, furent assurément les

⁸⁰³. *Le Petit Larousse illustré, op. cit.*, p. 779.

⁸⁰⁴. Foucault, Michel, *Surveiller et punir, op. cit.*, p. 238.

observations, que, sur chaque art, Thamous fit à Theuth dans les deux sens, et dont une relation détaillée ferait un long discours. Mais, quand on en fut à l'écriture : « voici, ô roi, dit Theuth, le savoir qui fournira aux Égyptiens plus de savoir, plus de science et plus de mémoire ; de la science et de la mémoire le remède a été trouvé. » Mais Thamous répliqua : « Ô Theuth, le plus grand maître ès arts, autre est celui qui peut engendrer un art, autre, celui qui peut juger quel est le lot de dommage et d'utilité pour ceux qui doivent s'en servir. Et voilà maintenant que toi, qui es le père de l'écriture, tu lui attribues, par complaisance, un pouvoir qui est le contraire de celui qu'elle possède. En effet, cet art produira l'oubli dans l'âme de ceux qui l'auront appris, parce qu'ils cesseront d'exercer leur mémoire : mettant, en effet, leur confiance dans l'écrit, c'est du dehors, grâce à des empreintes étrangères, et non du dedans, grâce à eux-mêmes, qu'ils feront acte de remémoration ; ce n'est donc pas de la mémoire, mais de la remémoration, que tu as trouvé le remède. Quant à la science, c'en est la semblance que tu procures à tes disciples, non la réalité. Lors donc que, grâce à toi, ils auront entendu parler de beaucoup de choses, sans avoir reçu d'enseignement, ils sembleront avoir beaucoup de science, alors que, dans la plupart des cas, ils n'auront aucune science ; de plus ils seront insupportables dans leur commerce, parce qu'ils seront devenus des semblants de savants, au lieu d'être des savants »⁸⁰⁵.

Dans ce dialogue en abyme, à son disciple, Socrate dit avoir entendu, et non pas lu cette histoire ; cela corrobore l'idée centrale qui s'en dégage et que Thamous défend, à savoir que l'écriture n'est pas la panacée. Dans le mythe même, Theuth avance qu'il a trouvé *pharmakon* contre l'oubli, dans l'écriture. En effet, elle peut être remède, lorsqu'il y a oubli ou quand l'auteur est absent pour dire. Elle peut être traitement, si elle est utilisée avec prudence. Elle serait alors un moyen palliatif, une canne pour soutenir une mémoire défaillante de quelque chose qui est déjà connue. Elle aiderait à l'éclosion de la réminiscence. Cependant, dire qu'elle fortifie la mémoire serait un leurre et une confusion ; nous le prouvons, au quotidien nos numéros de téléphone écrits et enregistrés, pour épargner à notre mémoire l'effort cognitif de les intégrer, fixer et s'en souvenir. C'est pourquoi, faute d'un effort mnésique, nous les oublions. Notre téléphone portable nous est donc extérieur, d'une certaine manière, il fixe l'inexistence de tout effort de mémorisation desdits numéros et leur inscription en nous-même. À l'inverse, les personnes analphabètes, parce qu'elles ne peuvent s'appuyer sur l'écriture, sont amenées à faire un extraordinaire travail de mémorisation pour pouvoir voyager

⁸⁰⁵. Platon, *Phèdre*, trad. par Luc Brisson, Paris, Flammarion, 2008/ ?, pp. 314-316.

dans le métro, ou bien pour acheter le yaourt le moins cher (si le prix n'a pas augmenté depuis la dernière fois !)

Cependant, cet art qu'est l'écriture, cette *techné*, en grec (*τέχνη*) peut être aussi remède, en l'occurrence, aussi pour celui qui écrit, car elle permet une mise à distance d'avec soi-même et nos pensées. Platon en écrivant ce discours autour de ce mythe, ne contredirait-il pas lui-même ce qu'il commente par la voix de Socrate ? Cette transcription fixante, figeant le discours dans une matérialité, n'est-elle à ses yeux délétères au souvenir ? Certes la parole se volatilise au moment même où elle est proférée mais elle porte à délibération et participe à une visibilité, donc à une revalorisation du soin. En somme, l'écriture peut devenir mortifère, lorsqu'elle tend à remplacer la parole, une parole vive. Celle-là devient donc poison, ce qui est l'autre facette du *pharmakon*-remède. Ce sont peut-être ces raisons qui amènent bon nombre de médecins à ne pas lire les transmissions des soignants de chevet, et réciproquement.

Dans le tumulte de nos services, nous continuons à cocher, à « tracer ». Le temps de cette parole vive, nommé temps de transmission, il est de plus en plus sacrifié, réduit à un intervalle de temps où seul « le problème du jour ⁸⁰⁶ » du patient est évoqué. En réalité, le milieu hospitalier est déjà le lieu du « ce qui ne va pas », et l'attention kidnappée exclusivement par les problèmes de santé, peut éroder jusqu'à l'enthousiasme de celui qui, après plusieurs échecs au concours d'entrée à l'institut en soins infirmiers (IFSI), atteint un beau jour son rêve de devenir infirmier. Aussi, de ne pas pouvoir débattre du patient qui s'est rétabli est un élément qui participe à une mauvaise fatigue du soignant. Car il nous semble que l'âme sombre des discours réussit à atteindre notre âme.

⁸⁰⁶. L'une des étapes de la démarche clinique infirmière est enseignée dans ces termes. Elle cible les problèmes de santé prédominants du patient à ce jour, induisant des dépendances et inconforts.

Nous évoquions dans le chapitre précédent que l'écriture est liée au pouvoir. Thamous, roi d'Égypte rappelle que « celui qui peut juger quel est le lot de dommage et d'utilité » d'un art est celui pour lequel il est destiné. Bien entendu, cette pensée peut concerner nos patients destinataires de nos soins. Aristote partagera cette idée :

De plus, dans certains domaines, le fabricant ne saurait être ni le seul ni le meilleur juge, dans la mesure où ceux qui ne sont pas des techniciens ont aussi à connaître des produits d'une maison, par exemple, ce n'est pas seulement le fait de celui qui la construit, mais celui qui s'en sert en juge mieux que lui, et celui qui s'en sert c'est le chef de famille ; de même en est-il du pilote par rapport au charpentier, pour le gouvernail, et dans le cas du festin c'est le convive et non le cuisinier qui jugera le mieux⁸⁰⁷.

Nous pouvons dès lors nous demander si les raisons que ce roi avance dans son plaidoyer contre l'art scripturaire sont sincères ou bien si l'égoïsme d'un chef d'état les a suscitées, pour maintenir fermement une population sous son contrôle.

Enfin, pour ce qui est de l'écriture dans notre quotidienneté, il nous faut trouver une juste mesure, celle de la mettre à notre service, en tant que *techné*, et non l'inverse ; son mobile premier ne devrait pas être de se prémunir d'une éventuelle plainte. Nous ajouterons que celle-ci est bien souvent déclenchée parce que le proche ou le malade ne s'est pas senti considéré dans son épreuve, car justement notre attention est détournée de lui pour servir en premier lieu l'organisation et la technique.

Il est une pratique courante, qui répond exactement à cette surenchère de la traçabilité que légitime cette invention sophiste du fameux « ce qui est écrit est fait, et ce qui est fait est écrit ». Elle consiste à cocher à l'avance, dès l'embauche, tous les soins à effectuer. Cependant, il arrive que le patient change de service, que la prescription médicale soit modifiée entre-temps ou bien que le patient

⁸⁰⁷. Aristote, *Les Politiques*, *op. cit.*, p. 243.

décède bien avant que nous ayons effectué réellement le soin coché. Par ailleurs, tout comme lorsque, dans la rue, les yeux rivés sur l'écran de notre smartphone, nous maugréons « Je ne trouve pas, je ne trouve pas », alors qu'il nous suffirait de demander à un passant la direction que nous cherchons. Dans le même ordre d'idée, nous pouvons accéder à l'accomplissement d'un soin en interrogeant notre collègue, au moment le plus propice. En outre ces échanges de voix vive, nous permettent de garder le lien avec ceux qui nous entourent. Mais la parole, à cause de sa matérialité éphémère semble perdre de sa crédibilité, dans un monde trop souvent couvert d'un manteau de soupçon, et exigeant des preuves à chaque instant. Nous ne pouvons avancer que par la preuve, comme sur une marelle, les pieds enchaînés. « Je te donne ma parole » est devenu désuet. Elle ne fait plus preuve.

Il nous semble que nous devons rester prudents et essayer de sauvegarder ces moments de *logos*, de délibération de voix vives, voix responsables qui s'adresse à une personne, en la regardant et en croisant son regard.

5. Écriture heuristique

Dès les années 90 du XX^e, en regard de cette écriture procédurale, Rita Charon⁸⁰⁸, inspirée par Paul Ricoeur⁸⁰⁹ invite à une pratique médicale dite « médecine narrative », qu'elle désigne comme une approche médicale, approche émue par les histoires de vie et guidée par l'écriture⁸¹⁰. La *Narrative évidence*

⁸⁰⁸. Charon, Rita, (interniste à Columbia), *Rendre hommage aux histoires de maladies*, *op. cit.*, p. 14.

⁸⁰⁹. Ricoeur, Paul, *Temps et récit*, Paris, Seuil, I, 13. « Je vois dans les intrigues que nous inventons le moyen privilégié par lequel nous re-configurons notre expérience temporelle confuse, informe, et, à la limite, muette. »

⁸¹⁰. *Idem*, p. 256 : « Tous les jours, vous écrivez dans le dossier hospitalier à propos de chacun de vos patients. Vous savez exactement quoi y écrire et la forme dans laquelle écrire. Vous écrivez sur les plaintes courantes de vos patients, les résultats de votre examen physique, des tests de laboratoire, les avis des consultants et la stratégie. Si votre malade qui meurt du cancer vous

based médecine (NEBM) viendrait en complément, si ce n'est en contre-point, en contre-pouvoir même de l'*Évidence based médecine* (EBM⁸¹¹), influencée par les disciplines liées à la statistique, celle-là étant issue de la littérature. Cette interniste⁸¹² a créé dans son *Presbyterian Hospital*, un dossier qu'elle nomme Dossier parallèle⁸¹³. Elle relate qu'une fois par semaine, elle organise une session de lecture à voix haute, où chaque étudiant, devant ses camarades, évoque un patient en particulier. L'écriture se déleste alors du langage technique de la médecine, pour livrer ses propres émotions, les partager et, par conséquent, prendre le risque d'approcher le patient autrement que par la technique qui se préoccuperait de la réparation d'un objet.

Il est dans ce contexte, demandé aux futurs professionnels de réfléchir sur la structure de l'écrit : les métaphores, les images, les allusions, l'atmosphère⁸¹⁴... Pour éviter un enfermement possible dans l'émotion, la session recourt aussi au formalisme. La représentation *via* l'écriture permet alors l'émergence d'éléments souvent inattendus qui, sans elle, seraient passés inaperçus⁸¹⁵. L'écriture permettrait de rendre visible ce qui ne l'était pas au premier abord. Cette découverte encouragerait l'émergence d'une attention portée au patient, en

rappelle votre grand-père qui est mort de cette maladie l'été dernier, et que, chaque fois que vous entrez dans la chambre de votre patient, vous pleurez votre grand-père, vous ne pouvez pas écrire cela dans le dossier hospitalier. Nous ne vous le permettons pas. Et, cependant, cela doit être écrit quelque part. alors, vous l'écrirez dans le dossier parallèle. »

⁸¹¹. <https://ccf.cochrane.org/médecine-fondée-sur-des-preuves>, consulté le 13/09/18 « EBM : *Évidence based médecine* est la médecine fondée sur les preuves : développé à l'université de médecine Mc Master (Canada) au début des années 80. Elle tend à fonder ses décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes. Par preuve, on entend les études cliniques appropriées, en particulier les essais cliniques randomisés et les revues systématiques. Elle intègre l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique, les préférences du patient. » Elle applique le général au particulier.

⁸¹². Médecin dont la spécialité s'intéresse aux organes internes (comme le cœur, les poumons, le système digestif, etc.) et s'occupe de ce fait d'une multitude de pathologies différentes.

⁸¹³. Charon, Rita, *Rendre hommage aux histoires de maladies, op. cit.*, p. 90.

⁸¹⁴. *Idem*, p. 123.

⁸¹⁵. *Ibidem*, p. 234.

particulier. La culture de la narration permettant une attention bienveillante sur le patient, induirait la même démarche auprès d'autres patients. Elle participerait, en quelque sorte, à notre éducation de soignant, elle enseignerait une manière d'être.

6. Et en IFSI ?

Sous une autre forme, ce travail réflexif est clairement de mise, dans les instituts de formation en soin infirmiers (IFSI), depuis la réforme de 2009 qui s'aligne sur le cursus européen Licence-Master-Doctorat, soutenu par des analyses de pratiques écrites. Elles peuvent être un moyen d'accompagner les étudiants dans une sagesse pratique. Dès la première année, l'apprenant est amené à réfléchir sur ses ressentis, à partir de la description de soin qui l'aura bousculé, questionné, étonné, révolté. Par cette première étape d'écriture, l'étudiant découvre souvent des aspects de la situation vécue qu'il aurait totalement occultés lors de ses activités de soignants. Le temps d'écriture lui permet de s'imprégner de l'atmosphère de la situation, et de percevoir le patient sous des angles différents ; grâce à cette multiplicité de regards, les *aprioris* de l'apprenant ou même d'un soignant, à l'égard du patient, s'ébranlent et cèdent. Ce « fossé autobiographique ⁸¹⁶», hiatus entre l'étudiant qui narre et ce même étudiant dans le soin, peut l'aider à penser son moi et ses actes, en un mot son ipséité. La prise de conscience de sa propre appartenance à la vulnérabilité, réduirait la distance entre lui et le patient. Cela pourrait être aussi une vraie opportunité d'échapper (juste un temps) à la connaissance scientifique, objectivable, pour réfléchir à la signification et à la singularité de la situation, et revenir à soi. Cependant, à cause des demandes incessantes de documentation autour de la maladie, d'un concept à développer, etc., sous prétexte de « scienticiser » le discours, cet esprit est rapidement dénaturé. En réalité, cette récupération « scientifique » détourne

⁸¹⁶. Charon, Rita, *Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p. 129.

l'étudiant de ses possibilités d'approfondissement. Ce travail d'écriture pourrait avoir valeur cathartique, au sens où l'entend Aristote⁸¹⁷, c'est-à-dire *via* une situation représentée, favoriser un mouvement de décantation de la pénibilité des émotions, « en donnant à voir le résultat funeste des “ mauvaises ” passions, le spectacle tragique purgerait – ou guérirait – le spectateur de ces mêmes passions [...]»⁸¹⁸. Il nous semble que, malheureusement, une tendance à formater le questionnement même, souvent évalué avec des critères normatifs, altère également ce beau projet. Cette approche incite l'étudiant à s'interroger sur lui-même, en fonction de ce qui est pertinent, au regard du formateur. Aussi, bien souvent, faute de s'autoriser à émettre des questions authentiques, sincères, il évoque des sujets qu'il sait susceptible de séduire leur encadrant. Et le beau projet, qui a pour ambition d'interroger notre être dans le soin, devient trop souvent un exercice de style.

L'étape suivante de cet exercice, consistera pour l'étudiant, à développer la description, puis l'analyse de la situation, face à un groupe de 5 à 10 personnes (selon les IFSI). Ces derniers écoutent, sans émettre de jugement sur leur collègue ni sur la situation, mais ils le questionneront pour essayer d'embrasser au plus près la situation vécue de leur collègue. Puis dans une approche compréhensive, ils émettront des hypothèses, dont la finalité sera d'alimenter la réflexion du collègue mais aussi de tout le groupe. Ce partage, cette mise en commun, précisément, va dans le sens du sentiment d'appartenance à un groupe, à une communauté, et il aide à moins d'isolement. Si l'écriture est première dans ces

⁸¹⁷. Vives, Jean-Michel, « La catharsis, d'Aristote à Lacan en passant par Freud. Une approche théâtrale des enjeux éthiques de la psychanalyse », *Recherches en psychanalyse* 2010/1 (n°9), p. 23. Citant Aristote (1980), *La poétique, texte, traduction, notes*. In R. Dupont-Roc et J. Lallot, Paris, Seuil, chapitre 6, 49b28, p. 53 : « Et, en représentant la pitié et la frayeur, elle (la représentation) réalise une épuration (catharsis) de ce genre d'émotions. »

⁸¹⁸. Vives, Jean-Michel, « La catharsis, d'Aristote à Lacan en passant par Freud. Une approche théâtrale des enjeux éthiques de la psychanalyse », *Recherches en psychanalyse, op. cit.*, p. 23.

exercices, elle engagerait aussi de la parole vive, apprentissage enrichissant pour leur vie future de professionnels de santé.

Cet environnement de délibération de soi avec soi, puis de soi, avec les autres, ces allers et retours entre l'écoute, l'écriture et la lecture aident aussi au développement de compétences soignantes.

7. Et le patient ?

Nous avons abordé les bénéfices potentiels de l'écriture pour les soignants, infirmiers ou médecins. Nous nous joignons à Rita Charon pour préconiser également le récit pour les patients, sur un mode oral mais aussi à l'écrit. Le patient qui tombe, par exemple, peut se réapproprier l'événement, grâce à son propre récit, il le rend audible, il rend la chute intelligible pour elle-même, « Sans les actes de narration et d'écoute, le patient ne peut transmettre à personne - y compris à lui-même - ce qu'il traverse⁸¹⁹. » Narrer n'est pas décrire, action laquelle ramène le même. Narrer, réciter, permet de désenkister certaines de ces identifications, y compris de la souffrance, car il peut s'en distancier en l'extériorisant, en exprimant ses mouvements internes et extérieurs. Par ailleurs, cette narration pourrait tout-à-fait être prioritaire sur « l'interrogatoire », sans qu'elle fût interrompue par l'auditeur⁸²⁰. « L'interrogatoire » porte bien son nom parfois. La difficulté d'exprimer la peine, la tristesse, le chagrin, la souffrance peuvent être amoindris par le réconfort d'une personne à l'écoute. Non pas à l'écoute, comme nous l'apprenons dans nombre d'IFSI, avec, en l'occurrence, ce schéma calqué sur celui du célèbre linguiste russo-américain Roman Jakobson

⁸¹⁹. Charon, Rita, *Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit., p.122.

⁸²⁰. Charon, Rita, *Rendre hommage aux histoires de maladies*, op. cit pp. 122-123 fait référence à Howard Beckman et Richard Frankel, *The effect of Physician Behavior on the collection of Data* : « Une étude publiée en 1984 montre qu'entre le début d'un interrogatoire médical et la première interruption du médecin, il s'écoule en moyenne dix-huit secondes.

(1896-1982). Si ce dernier a le mérite d'être un précurseur de la formalisation de la dynamique de la communication⁸²¹, par cette présentation formelle, il met surtout en exergue les interlocuteurs et leurs positions réciproques d'émetteur et de récepteur, dans l'interlocution. Ce modèle évoque plus les mécanismes linguistiques de l'interlocution que la relation humaine qu'établissent entre les interlocuteurs. L'un devient émetteur et l'autre, récepteur. L'écoute est mécanisée par un formatage de méthodes techniques, telles que la reformulation, l'apprentissage de gestes, etc. Bien souvent, les théories de la communication uniformisent les manières d'être des soignants, tout en les discréditant car, si le patient est profane en la matière, il dispose tout de même d'une capacité d'observation souvent aiguisée. Un lit d'hôpital peut s'avérer un véritable belvédère d'observation, observer alentour étant une occupation primordiale et très développée dans ce contexte⁸²².

Si une écriture mécanique et sans âme envahit trop souvent notre travail d'infirmier, nous pourrions gagner du temps dans une écoute attentive, celle qui embrasse le monde de celui qui parle, sans pour autant l'obliger au récit. Que d'exemples de patients ou de proches, mal ou pas écoutés ; rappelons-nous que,

⁸²¹. Gillet, Claude, « Des dangers de l'abus du schéma jakobsonien sur la communication », *Études de communication* [En ligne], 2 | 1983, mis en ligne le 17 mai 2012, consulté le 12 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/edc/3322> ; DOI : 10.4000/edc.3322

Jakobson, Roman, *Essais de linguistique générale*. Paris, Les Éditions de minuit, 1963, p. 214 (209-248). elich

⁸²². Témoignage d'une amie : « Maman, déjà âgée, souffrait de graves troubles de la mémoire et de quelques troubles de la cognition. Un beau matin, elle décide ne pas se lever. Devant son insistance, ma sœur appelle le médecin, qui propose une hospitalisation. L'ambulance dépose maman aux urgences d'un grand hôpital. Dans cet hôpital, la disposition du couloir des urgences est assez particulière, très large, les lits sont alignés en parallèle, ce qui fait que les patients allongés ou assis, peuvent voir défiler d'autres lits, accédant aux soins d'urgence. Maman a donc passé une bonne partie de la journée à regarder le spectacle qui se déroulait devant elle. Quand je suis arrivée et que je lui ai dit : « Bonjour maman, comment vas-tu ? » Elle m'a répondu : « Oh, écoute, depuis ce matin que je vois ça, finalement, tous ces gens sont bien plus malades que moi ! ».

faute d'avoir pu ou su écouter sa fille, nous n'avons pas pu donner des soins attentifs et adaptés à notre patiente, laquelle a dû sauter par-dessus les barrières du lit... et a chu... L'écoute attentive est là pour éviter d'ajouter de la mécanisation à la mécanisation, et paradoxalement du désordre au désordre.

CONCLUSION

Cette thèse de philosophie, consacrée à l'éthique du soin, est issue de notre expérience d'infirmière en service hospitalier. Le propos était de situer notre réflexion philosophique aux niveaux les plus essentiels de la pratique, dans un service de médecine interne, accueillant souvent les personnes âgées et, notamment, celles qui ont chu. Nous souhaitions interroger l'ordinaire de nos actions, dont celles qui découlent du cadre professionnel de soignants de chevet. À partir de la chute, notre réflexion s'est déployée autour du lit, et de la toilette. Nous les invitons à quitter la sphère privée, familière, pour nous rejoindre dans la sphère politique.

De ce que nous savons, du Serment d'Hippocrate à nos jours, le soin fait l'objet de réflexions nourries d'expériences diverses de la maladie, à tous les niveaux. De notre côté, pour illustrer cet état de fait et nous associer à cette démarche philosophique, nous avons choisi un aspect en apparence insignifiant : la chute, le fait de tomber de sa hauteur.

Dans l'ensemble, la population vit de plus en plus longtemps, elle est donc de plus en plus exposée à la chute. Le nombre de sujets concernés ne peut qu'accroître, posant le problème de façon de plus en plus aiguë.

Au plan d'une politique de la santé publique, la réflexion sur le sujet apporte des aménagements concrets qui concernent la prévention de la chute et l'organisation des lieux de soin, l'hôpital, les établissements spécialisés (les EHPADs, par exemple) et même le domicile de la personne âgée. Bien souvent,

cet aménagement commence par le choix du lit qui devient médicalisé, associé à une canne, puis, un peu plus tard, dans le parcours du soigné, un déambulateur apparaît, un antichute, en quelque sorte... Ces aménagements sont à l'évidence indispensables, et encore insuffisants. Cependant ce qui nous préoccupe le plus, c'est comment prendre soin d'un patient.

La chute physique, concrète qui, *a priori*, touche tout un chacun, peut modifier l'existence même de la personne, la laissant dans un état de grande vulnérabilité ou même dépendance, lesquelles nous révèlent notre propre vulnérabilité et notre interdépendance, en tant que patient, en tant que soignant, en tant qu'être. Si notre patient est tombé, notre cheminement, lui, a pris inévitablement appui sur l'analogie d'avec la maladie et ses retentissements. Aussi, en filigrane, la maladie (n'est-elle pas aussi chute ?) ne peut qu'apparaître. Nous avons cependant tenté de rester fidèle à notre thème initial, le fait de choir, de tomber de tout son poids. Dans cette situation, le soignant s'engage d'emblée, psychologiquement et physiquement, en résistance contre une culture dominante, celle du bruit, de la puissance, du pouvoir, de l'autonomie, de l'efficacité. Le soin premier qu'il nous faut donner est en effet d'accueillir le patient qui aura chu, de le soutenir pour l'aider à se relever, et de l'écouter attentivement, en silence. Le *care* nous permettrait d'amoindrir l'asymétrie initiale de cette relation, pour être avec le patient dans une relation dialogique la moins asymétrique possible. Dans la rencontre de ces deux êtres, le soignant et le soigné, certaines vérités anthropologiques, dont nos dépendances ontologiques, ont pu émerger et être mises en exergue dans cette situation d'effondrement, de dévalement. Autrement dit, la chute nous proposerait un éclairage sur l'essence même de notre vie, de la naissance à la mort, avec son cortège d'obstacles et d'avatars qui rendent compte de nos fêlures. Nous ne pouvons occulter les pertes qu'elle entraîne. Cependant, nous découvrons qu'à l'instar de ses conséquences négatives, elle peut ouvrir d'autres fenêtres donnant sur des paysages inattendus et positifs de l'existence. La chute révèle nos failles, lesquelles révèlent à leur tour notre éminence, dont

justement l'éventualité de choir.

La chute étant suivie du relevé du sujet tombé au sol, de son installation dans son lit-propre, nous devons rendre compte de cette double dynamique de la prise de contact au sol, de la préparation de ce lieu de vie provisoire, pour le sujet alité, devenu patient. Notre réflexion s'est donc poursuivie autour du lit, au sens figuré mais propre aussi, en tant que soignante.

Le lit nous a donc naturellement amenée à poursuivre notre argumentation philosophique sur la relation au patient hospitalisé, dont l'horizontalité contraste avec notre verticalité, nous invitant à interroger cette relation, laquelle peut être propice à la domination et à l'abus de pouvoir.

Objet de presque rien, le lit du malade, s'il n'est ni celui de l'enfance, ni celui de l'amour, peut être celui du mourir. Meuble inlassablement et légitimement inventorié par l'administration de l'hôpital, ce lit cristallise une multitude d'activités. En effet, proches, soignants, personnel de maintenance, agent de nettoyage, tous gravitent autour de lui, chacun avec une attention, une intention particulière.

À travers sa réfection, activité très ordinaire de la vie, il nous a permis de mettre la main sur *Métis*, et ainsi de rendre hommage à ce travail artisanal des soignants. Dans leur narration, ces derniers révèlent et découvrent eux-mêmes que ce savoir-faire est souvent parachevé d'un sens du Beau, Beauté pour soi, mais aussi Beauté pour autrui, le patient, et pour les autres, les proches. Nous constatons que la présence esthétique qui nous nourrit, quelquefois à notre insu, ici, la beauté du travail, serait probablement un rempart contre l'épuisement.

L'étude phénoménologique de cette réfection du lit, qui est un acte apparemment sans importance, nous a aidée paradoxalement à mieux cerner les relations de travail qu'elle induit et, en retour, leur influence. Les tensions, les complicités, les confidences s'expriment au détour de cette activité. Elle est le

moment, où les soignants et le malade investissent une relation trilogue⁸²³, s'il y a une réelle communication entre eux, ou pour le moins une relation triangulaire. En effet, si chacun existe par l'autre, par les autres, à l'opposé, ce moment de reconnaissance peut simplement se figer, cesser d'exister.

Par ailleurs, le lit est panoptique, le malade y est observé, analysé, détaillé, objectivé, jusqu'à le confondre avec sa maladie et le pronostic afférent. Sous le projecteur des tarifications à l'activité et autres, le lit du malade prend étonnamment l'allure d'un lit de passe. Car lorsque nous oublions le pourquoi de notre existence de soignant, le faible, le nécessaire, n'est plus une fin en soi, il devient un moyen, en vue d'une fin, au sens d'objectif à atteindre. Les évaluations sont certes nécessaires lorsqu'elles servent l'équité. Cependant, elles peuvent se discréditer d'elles-mêmes, lorsqu'elles attisent des convoitises égoïstes ; autrement dit, lorsque les mobiles sont inversés, et posent comme finalité première la rentabilité du soin et, seulement, le soin au patient. La première induisant de fait, un conflit d'intérêt.

Mais retrouvons notre équipe et la chambre de notre patient.

Nous considérons que l'amitié n'est pas nécessaire au quotidien, même si elle apporte une douce saveur à nos laborieuses journées. Cette forme d'amour, la plus pure peut-être, est rare. Aussi, malades, proches, soignants, remercions vivement Kant d'invoquer le respect qui relève bien du principe de non contradiction. Dans la pratique soignante, du chevet du patient à la gestion des lits, il est à nos yeux, la vertu choisie. Elle pourrait éviter bien des dérives. Grâce au respect, le lit devient alors un refuge réconfortant et non lieu-lit de souffrance. Les soignants peuvent alors vaquer à leurs occupations avec plus de légèreté

⁸²³. Kerbrat-Orecchioni, Catherine, *Le Trilogue*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1990.

d'âme, allégeant par là même le fardeau des familles, mieux soutenues.

Dans les replis du drap et de sa faiblesse, le patient alité curieusement nous bouscule. De son lit, il peut observer, avec acuité le monde qui l'entoure. Par sa condition fragilisée, il nous amène à nous élever, pour accéder à ce que nous devons être : des soignants, à la hauteur de sa dignité, pour que la nôtre, notre dignité soit remerciée.

Et si, parfois, nous entendons de la bouche des soignants, « réflexion de lit » au lieu de « réfection de lit », nous pensons que ce lapsus révélateur est bien dans l'ordre des choses.

Dans son lit, le patient requiert des soins attentifs. Nous avons choisi de nous pencher sur la toilette, car elle est, par excellence, le soin emblématique du rôle dit « propre » de l'infirmière.

La toilette, comme soin premier et coutumier, requiert un savoir-faire et un savoir être. Être à soi pour mieux être à l'autre, et l'autre à lui-même. Nous comprenons qu'un complexe maillage de données, historique, anthropologique, sociologique vient éclairer notre réflexion philosophique sur cette réelle dévalorisation de la toilette, pourtant si primordiale : cette dévalorisation peut être justifiée aussi par une opposition intrinsèque de ce soin à un système dominant qui rejette la vulnérabilité qu'elle doit justement servir.

De même, elle va à l'encontre de l'approche du *care*, qui voudrait que ceux qui prennent soin des autres puissent aussi espérer, légitimement, que l'on prît soin d'eux.

La toilette, soin complexe, nous rappelle aussi à notre dépendance ontologique. Elle signe une entrée dans l'intimité du corps. Certes, elle requiert des compétences techniques, mais aussi de la délicatesse dans le geste de soigner, si ce n'est de la tendresse. Ces qualités en puissance, lovées en notre intériorité,

lesquelles attendent d'éclorre grâce à un travail sur soi. L'approche narrative pourrait être un moyen d'y accéder car elle permettrait d'adopter un peu plus d'authenticité dans le rapport à soi, donc à autrui : une prise de conscience en somme.

Enfin, notre réflexion sur la procédure, sans vouloir l'évincer de notre pratique, car elle nous apporte une ergonomie, en allégeant le travail psychique et physique, tout en sécurisant nos actions, nous conduit à réinterroger les applications effectives d'une organisation-technique qui nous semble trop souvent mortifère car elle tend à pervertir les relations. L'homme est au service de la machine, par conséquent le travail et, paradoxalement, nos activités tendent à prendre la place centrale, celle-là même qui revient au patient. Il s'agirait d'une autre chute. Ce fonctionnement au sens d'Hannah Arendt, par lequel, nous devenons des agents au service du protocole, de l'organisation, de la « machinerie ⁸²⁴», alors que ceux-ci sont initialement établis pour nous aider dans l'aide que, avec toute l'attention requise, nous devons au patient et à ses proches.

Face à cette chute et devant certains obstacles de structures de soins, comment, le soignant et le patient vont-ils pouvoir « tirer leur épingle du jeu ? ».

Dans ce tumulte, il nous semble que le sens de notre travail est un minerai à l'état brut qu'il faudrait dépoussiérer, débarrasser de ses scories, polir et repolir, pour en faire un joyau, fruit de nos questionnements sur nos actions, encore et toujours. Les textes littéraires et philosophiques nous ont guidée à élaborer ce sujet d'éthique, centré sur l'ordinaire du soin, le plus ordinaire, peut-être, au départ d'une chute dont la symbolique dominante reste l'image de la vulnérabilité de tous, face à la vie, et la responsabilité de chacun, face à autrui.

⁸²⁴. Heidegger, Martin, *Essais et conférences, La question de la technique, op. cit.*, p. 26. [...] comme *gestell*, un "dispositif" (*Einrichtung*) qui encadre l'homme au lieu d'être régi par lui.

Nous pensons qu'un travail sur notre être est également nécessaire pour pouvoir au mieux accompagner cet autrui. Le *logos*, par la médecine narrative, les analyses de pratiques écrites et orales peuvent grandement nous y aider. Car « [...] une vie sans parole et sans action [...] est littéralement morte au monde...⁸²⁵ ».

⁸²⁵. Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, *op. cit.*, p. 223.

BIBLIOGRAPHIE

Références générales

Bloch, Oscar, Von wartbug, Walter, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Paris, PUF, 1932.

Centre National de Ressources Textuelles et lexicales, (CNTRL).

Gaffiot, Félix, *Dictionnaire latin français*, Paris, Hachette, 1963.

Grand Larousse de la langue française en sept volumes (GLLF), sous la dir. de Louis Guilbert, René Lagane et George Niobet, Paris, Larousse, 1978.

Grévisse, Maurice, *Le bon usage. Grammaire française avec des remarques sur la grammaire française d'aujourd'hui*, Xe éd. rev., Paris, Ducolot, 1975.

Le Petit Larousse Illustré, 100e Édition, Paris, 2005.

Littré, Émile, *Dictionnaire de la langue française*. Paris, J.J. Paubert éd. (Vol. 1-4), Paris, Gallimard Hachette (Vol. 5-7), 1956-1957 et 1957-1958.

Vocabulaire Européen des Philosophies, Sous la direction de Barbarin Cassin, Tour, Seuil, in Le Robert, 2004.

L'encyclopédie de l'agora, <http://agora.qc.ca/encyclopedie/index.nsf/impression>

Œuvres, ouvrages et essais

Abiven, Maurice, *Humaniser l'hôpital*, Paris, Fayard, 1976.

Anders, Günther, *L'obsolescence de l'homme, sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*, Éditions de l'Encyclopédie des Nuisances, Paris, Éditions Ivrea, 2000/1956.

Anthony, Burgess, *Sur le lit*, trad. de l'anglais par Jean Bonnefoy, Paris, Denoël, 1982.

Arendt, Hannah, *Le système totalitaire, Les origines du totalitarisme*, Paris, Éditions du Seuil, 1972.

Arendt, Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Agora, 1988.

Arendt, Hannah, *Penser l'événement*, trad. sous la direction de Claude Habib, Paris, Éditions Belin, 1989.

Arendt, Hannah ; Fest, Joachim, *Eichman était d'une bêtise révoltante, entretiens et lettres*, traduction de l'allemand et de l'anglais (américain), annot. et postf. de Sylvie Courtine-Denamy, Fayard, 2013.

Aristote, *Les parties des animaux*, trad. P. Louis, Paris, éd. Les Belles Lettres, 1990/ ?

Aristote, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Flammarion, 1992.

Aristote, *De l'âme*, trad. par Richard Bodéus, Paris, Flammarion, 1993/ 1362.

Aristote, *Métaphysique*, traduction (éd. De 1953) de J. Tricot (1893-1963), Éditions Les Échos du Maquis, v. 2014.

Aristote, *Les Politiques*, I, trad. par Pierre. Pellegrin, Paris, Garnier-Flammarion, 2015.

- Arrivé, Michel, *Verbes sage et verbes fous*, nouv. éd. rev., Paris, Belin, 2010.
- Bachelard, Gaston, *La terre et les rêveries de la volonté*, Paris, Librairie José Corti, 1948.
- Bachelard, Gaston, *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, 1957.
- Bachelard, Gaston, *L'eau et les rêves. Essai sur l'imagination de la matière*, Mayenne, Les presses de l'imprimerie de la manutention, 1983.
- Bachelard, Gaston, *L'air et les songes, essai sur l'imagination du mouvement*, Paris, Le livre de poche, 1998.
- Bauby, Jean-Dominique, *Le scaphandre et le papillon*, Paris, Robert Laffont, 1997.
- Baudelaire, Charles, *Variétés critiques, II Modernité & surnaturalisme esthétique spiritualiste, Curiosités esthétiques ; L'art romantique et autres œuvres critiques. VI. De l'essence du Rire et généralement du Comique dans les Arts plastiques*, Paris, Gallimard, 1855/1924.
- Baudelaire, Charles, *Les fleurs du mal*, Paris, Gallimard, 2005/1865.
- Beauvoir, Simone de, *Une mort très douce*, Paris, Gallimard, 1991.
- Bergson, Henri, *Le rire, essai sur la signification du comique*, Paris, Édition du Club France Loisirs, 1940.
- Bible de Jérusalem*, Paris, Cerf, 1956.
- Boch, Anne-Laure, *Médecine technique, médecine tragique, le tragique, sens et destin de la médecine moderne*, Paris, Seli Arslan, 2009.
- Bologne, Jean-Claude, *Histoire de la pudeur*, Paris, Olivier Orban, 1986.
- Brugère, Fabienne, *Le sexe de la sollicitude*, Paris, Seuil, 2008.
- Brugère, Fabienne, *Éthique du care*, Paris, PUF, 2011.
- Brun, Jean, *Le retour de Dionysos, l'athéisme interrogé*, sous la direction de Claude Bruaire, Paris, Desclée, 1969.
- Buber, Martin, *Je et Tu*, Paris, Aubier, 1969.
- Burgess, Anthony, *Sur le lit*, traduit de l'anglais par Jean Bonnefoy, Paris, Denoël, 1982.
- Camus, Albert, *La chute*, récit, France, Gallimard, 1956.
- Canguilhem, Georges, *Le normal et le pathologique*, Vendôme, PUF, 1979.
- Carroll, Lewis, *Alice au pays des merveilles*, trad. par Jacques Papy, Paris, Gallimard, 1961.
- Cederström, Carl ; Spicer, André, *Le syndrome du bien-être*, trad. par Édouard Jacquemoud, Paris, Éditions l'Échappée, 2015.
- Certeau, Michel, *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1980.
- Certeau, Michel de, Collab. avec Luce Giard et Pierre Mayol, *L'invention du quotidien 2. Habiter, cuisiner*, Paris, Gallimard, 1994.
- Charon, Rita, *Rendre hommage aux histoires de maladies*, Paris, Sipayat, 2015.
- Collière, Marie-Françoise, Virginia Henderson, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterÉditions, 1994.
- Chrétien, Jean-Louis, *De la fatigue*, Londrai, Minuit, 1996.
- Declerck, Patrick, *Les naufragés, avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, 2001.
- Dejours, Christophe, *Travail, usure mentale*, Paris, Bayard, 2000.
- Dejours, Christophe, *Le facteur humain*, Paris, PUF, 2007.

- Dejours, Christophe, *Entretien avec Bouniol, Béatrice, La panne, repenser le travail et changer la vie*, Paris, Bayard, 2012.
- Dejours, Christophe, *Le choix, souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Lonrai, Bayard, 2015.
- Delomel, M.-A., *La toilette dévoilée : analyse d'une réalité et perspectives soignantes*, Paris, Seli Arslan, 1999.
- Delsol, Chantal, *Qu'est-ce que l'homme ? Cours familial d'anthropologie*, Paris, Cerf, La nuit surveillée, 2008.
- Delsol, Chantal, *L'autorité*, Paris, PUF, Que sais-je ? 1994.
- Derrida, Jacques ; Habermas, Jürgen, *Dialogues à New York* (octobre-décembre 2001) avec Borradori, Giovanna, Trad. de l'allemand par Bouchindhomme, Christian, traduction de l'anglais (États-Unis) par Gleize Sylvestte, Paris, Éditions Galilée, 2004.
- Descartes, René, *Discours de la méthode*, Paris, Pléiade, 1953/1637.
- Detienne, Marcel, et Vernant, Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence, la métis des grecs*, Paris, Champs essais, 2009.
- Dibie, Pascal, *Ethnologie de la chambre à coucher*, Paris, Métailié, 2000.
- Dolto, Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 1984.
- Dostoïevski, Fédor Mikhaïlovitch, *L'idiot*, 1, trad. par Victor Derély, Paris, Plon, 2015/1887.
- Dubois, Christian, *Heidegger : introduction à une lecture*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », 2000.
- Dupont-Hess, O., Knibiehler, Y., Leroux-Hugon, V., Taslalyre, Y., *Cornettes et blouses blanches, les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.
- Fiat, Éric ; Geoffroy, Michel, *Questions d'amour, de l'amour dans la relation soignante*, Paris, Lethielleux, 2009.
- Fiat, Éric, *Grandeurs et misères des hommes petit traité de dignité*, Paris, Larousse, Coll. Philosophe, 2010.
- Fiat, Éric, *Corps et âme ou : qu'un peu d'incarnation, ça peut pas faire de mal...*, Nantes, Éditions Nouvelles Cécile Defaut, 2015.
- Fiat, Éric, *Ode à la fatigue*, Paris, Observatoire/Humensis, 2018.
- Fleury, Cynthia, *Pretium doloris, L'accident comme souci de soi*, Paris, Pauvert, 2002.
- Fleury, Cynthia, *La fin du courage, la reconquête d'une vertu démocratique*, Paris, Fayard, 2010.
- Fleury, Cynthia, *Les irremplaçables*, Mayenne, Gallimard, 2015.
- Focillon, Henri, *Vie des formes*, Paris, PUF, 1988/1943.
- Folscheid, Dominique ; Feuillet-Le Mintier, Brigitte ; Mattéi, Jean-François ; *Philosophie, Éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, 1997.
- Folscheid, Dominique, *Sexe mécanique, la crise contemporaine de la sexualité*, Paris, La table ronde, 2002.
- Folscheid, Dominique, *Les grandes philosophies*, Paris, PUF/Humensis, 2017/1988.
- Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
- Foucault, Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.
- Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, Coll. Quadriges, 1988.
- Freud, Sigmund, *Essais de psychanalyse appliquée*, trad. par M. Bonabarte et E. Marty, coll. Paris,

- Gallimard, 1933.
- Freudenberger, Herbert J., *L'épuisement professionnel : "La brûlure interne"*, Québec, Morin, 1987.
- Frontisi-Ducroux, Françoise ; Vernant, Jean-Pierre, *Dans l'œil du miroir*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- Frontisi-Ducroux, Françoise, *Ouvrages de dames*, Ariane, Hélène, Pénélope..., Paris, Seuil, 2009.
- Gelven, Michael, *Être et temps de Heidegger, un commentaire littéral, Philosophie et langage*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1970.
- Geoffroy, Michel, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004.
- Geoffroy, Michel, *Pratique médicale et philosophie, de l'expérience au partage*, Paris, Seli Arslan, 2013.
- Gilligan, Carol, *Une voie différente, pour une éthique du care*, Édition Champs Essais Flammarion, 1986.
- Girard, René, *Le bouc émissaire*, Paris, Grasset, 1982.
- Girard, René, *Je vois Satan tomber comme l'éclair*, Éditions Grasset & Fasquelle, Paris, 1999.
- Grimaldi, Nicolas, *Ontologie du temps l'attente et la rupture*, Paris, PUF, 1993.
- Jenny, Laurent, *L'expérience de la chute de Montaigne à Michaux*, Paris, PUF/Écriture, 1997.
- Han, Byung-Chul, *Le parfum du temps, Essai philosophique sur l'art de s'attarder sur les choses*, trad. de l'allemand par Julie Stroz, Paris, Éditions Circé, 2016.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, *La Phénoménologie de l'esprit*, t. 2, traduit par Jean Hyppolite, Paris, Aubier-Montaigne, 1970.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, *Esthétique*, trad. de Samuel Jankélévitch, PUF, 2009.
- Hegel, Georg Wilhelm, *Encyclopédie des sciences philosophiques, II, Philosophie de la nature*, trad. par Bourgeois, Bernard, Paris, Vrin, 2004/1830, Paris, Aubier-Montaigne, 1970.
- Heidegger, Martin, *Essais et conférences, La question de la technique*, trad. de l'allemand par André Préau, [Paris], Gallimard, cop. 1958.
- Heidegger, Martin, *Questions III et IV*, trad. par André Préau, Paris, Gallimard, 1966.
- Heidegger, Martin, *Qu'est-ce qu'une chose ?*, trad. de l'allemand par Jean Rebol et Jacques Taminiaux, Paris, Gallimard, 1972.
- Heidegger, Martin, *Être et temps*, Paris, Gallimard, Coll. « Bibliothèque de philosophie », 1986/1976.
- Henry, Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000.
- Herzlich, Claudine, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales, 1996.
- Hesbeen, Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.
- Hippocrate, « Serment d'Hippocrate » in *Œuvres complètes d'Hippocrate*, vol. 4, Paris, 1844, Baillière, pp. 628-632. Texte grec ed. E. Littré, trad. de J. Jouanna, Hippocrate, Paris, Librairie Athème Fayard, 1992.
- Homère, *L'Odyssée*, traduit, introduction, notes et index par Médéric Dufour et Jeanne Raison, Paris, Flammarion, 1965.

- Honneth, Axel, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, Cher, Saint-Amand-Montrond, La Découverte Poche, 2008.
- Husserl, Edmund, *Premières Recherches logiques*, Paris, PUF, 1990.
- Illich, Ivan, *Némésis médicale l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- Illich, Ivan, *Œuvres complètes*, volume 2, La Flèche, Éditions Fayard, 2005.
- Jacquot, J.-M. , Strubel, D., Péliissier, J. (sous la direction de), *La chute de la personne âgée*, Paris, Masson, 1999.
- Jakobson, Roman, *Essais de linguistique générale*. Paris, Les Éditions de minuit, « Arguments, 14 », 1963.
- Jollien, Alexandre, *Le métier d'homme*, Paris, Seuil, 2002.
- Jollien, Alexandre, *Le philosophe nu*, Paris, Éditions du Cerf, 2010.
- Jollien, Alexandre, *Vivre sans pourquoi*, itinéraire spirituel d'un philosophe en Corée, Paris, L'icôneclaste et Seuil, 2015.
- Jonas, Hans, *Le principe responsabilité*, traduit de l'allemand par Jean Greisch, Paris, Cerf, 1990.
- Kafka, Franz, *La métamorphose et autres récits*, Paris, Edition de Claude David, Folio classique, 1990.
- Kafka, Franz, *Un Jeûneur et autres nouvelles*, Traduction de Bernard Lortholary, Paris, Flammarion, 1993.
- Kafka, Franz, *Un médecin de campagne et autres récits*, Paris, Gallimard, 1996.
- Kant, Emmanuel, *La religion dans les limites de la simple raison*, Paris, Vrin, 1965.
- Kant, Emmanuel, *Idée d'une histoire universelle au point de vue cosmopolitique*, trad. J.-M. Muglioni, Paris, Bordas, 1988/1784.
- Kant, Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs*, Paris, Le Livre de Poche, Classiques de la philosophie, 1993/1785.
- Lacan, Jacques, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.
- Lacan, Jacques, *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001.
- Lagrée, Jacqueline, *Le médecin, le malade et le philosophe*, Paris, Éditions Bayard, 2002.
- La Mettrie, de, Julien Offray, *L'homme-machine*, Paris, Éditions Denoël-Gonthier, Collection Folio-Essai, 1981/ 1748.
- Laneyrie-Dagen, Nadeije ; Vigarello, Georges, *La toilette, Naissance de l'intime, The invention of privacy*, Paris, Éditions Hazan, 2015.
- Laplantine, François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.
- La Sainte Bible, Le Livre de Job*, Trad. par M. L'abbé H. Lesêtre, Paris, P. Lethielleux, 2012/1897.
- Le Breton, David, *Disparaître de soi, une tentation contemporaine*, Paris, Métailié Traversées, 2015.
- Le Breton, David, *Corps et sociétés, essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Clamecy, Méridiens Klincksieck, 1991.
- Lécu, Anne, *Des larmes*, essai, Paris, Cerf, 2012.
- Lécu, Anne, *Tu as couvert ma honte*, Paris, Les Éditions du Cerf, 2013.
- Le Livre de Job, Introduction critique*, traduction française et commentaires par M. L'abbé H. Lesêtre, Paris, Nouvelle Édition, 2012.

Lévi, Primo, *Le métier des autres*, La Flèche, Sarthe, Éditions Gallimard, 1992.

Levinas, Emmanuel, *Le temps et l'autre, (l'étant peut-il entrer en relation avec l'autres sans laisser écraser par l'autre son soi-même.)*, Paris, PUF, Coll. Quadrige, 1983.

Levinas, Emmanuel, *Totalité et infini*, Paris, Le Livre de Poche, 1997.

Levinas, Emmanuel, *Éthique et infini*, Paris, Le Livre de Poche, 2002.

Lévi-Valensi, Jacqueline, *Commentaire La chute d'Albert Camus*, Saint-Amand, Folio, 2001.

Magnon, René, Léonie Chaptal - *La cause des infirmières*, Paris, Lamarre, 1991.

Mann, Thomas, *La montagne magique*, Paris, Le Livre de Poche, 1997.

Marin, Claire, *Hors de moi*, Paris, Éditions Allia, 2008.

Mauméjean, Xavier, *La Vénus anatomique*, Paris, Mnémos, 2004.

Melchior-Bonnet, Sabine, *Histoire du miroir*, Paris, Éditions Imago, 1994.

Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945.

Michelet, Jules, *La nature, l'insecte, la mer, la montagne*, Paris, Larousse, 1930.

Minkowski, Eugène, *Le temps vécu*, Paris, PUF, Coll. « Quadrige », 1995.

Mora, Geneviève, *Jusqu'au terme de l'existence, approches de la vieillesse et de la fin de vie*, Paris, Vuibert, 2007.

Montaigne, Michel Eyquem (de), *Essais, Livre I*, Paris, PUF, 2013/1595.

Nasio, Jean-David, *Mon corps et ses images*, Paris, Payot et Rivages, 2007.

Nietzsche, Friedrich, *Humain, trop humain*, Paris, Hachette, 1988/1878.

Nietzsche, Friedrich, *Considérations inactuelles*, trad. de Pierre, Rusch, Paris, Gallimard, 1977/1873.

Nietzsche, Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra*, in Œuvres, trad. par Geneviève Bianquis, Paris, Flammarion, 1996.

Ovide, *Métamorphoses*, traduit par Olivier Sers, Paris, Les Belles Lettres poche, 2009.

Orecchioni, Catherine et Plantin, Christian, *Le trilogie*. Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1995.

Pascal, *Pensées*, La Flèche, Le Livre de Poche, 2000/1671.

Pelluchon, Corine, *Les nourritures, philosophie du corps politique*, L'ordre philosophique, Paris, Seuil, janvier 2015.

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

Perrot, Michelle, *Jérémy Bentham, Le Panoptique, précédé de L'œil du Pouvoir, entretien avec Michel Foucault*, Paris, Belfond, 1977.

Perrot, Michelle, *Histoire de chambres*, Paris, Seuil, 2009.

Platon, *Gorgias*, trad. Fr. Monique Canto, Paris, Garnier-Flammarion, 1987.

Platon, *La République*, Paris, Les Belles Lettres, 1989.

Platon, *Alcibiade*, trad. M. Croiset, Paris, Gallimard, 1991.

Platon, *Gorgias*, trad. É. Chambry, Paris, Flammarion « GF », 2001.

Platon, *Phèdre*, trad. par Luc Brisson, Paris, Flammarion, 2008/ ?

Poe, Edgar Allan, *La chute de la maison Usher, Nouvelles histoires extraordinaires*, Paris, Le livre de Poche, 1972.

- Pontalis, Jean-Bertrand, *En marge des jours*, Paris, Gallimard, 2002.
- Pontalis, Jean-Bertrand, *Le songe de Monomotapa*, Paris, Gallimard, 2009.
- Proust, Marcel, *Jean Santeuil*, Tours, Gallimard, 1971.
- Proust, Marcel, *À la recherche du temps perdu, Du côté de chez Swann*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la pléiade, 1987.
- Quentin, Bertrand, *La philosophie face au handicap*, Paris, Érès, 2013.
- Rajablat, Marie, *La toilette, voyage au cœur du soin*, Paris, Masson, 2007.
- Ricoeur, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Points, 1996.
- Ricoeur, Paul, *Parcours de la reconnaissance Trois études*, Paris, Éditions Stock, 2004.
- Ricoeur, Paul, *Temps et récit*, Paris, Seuil, I, 1983.
- Roche, Daniel, *Histoire des choses banales*, La Flèche, Fayard, 1997.
- Romano, Claude, *L'événement et le monde*, Paris, Épipiméthée, PUF, 1998, p. 32.
- Roth, Philippe, *Patrimoine : une histoire vraie*, Paris, Trad. Mirès Akar, Maurice Rambaud, Gallimard, 1994.
- Rousseau, Jean-Jacques, *Œuvres complètes*, I, Paris, Gallimard, Coll. « Bibliothèque de La Pléiade », 1959.
- Rousseau, Jean-Jacques, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Paris, Gallimard Flammarion, 2008.
- Saint Augustin, *Confessions*, Paris, Flammarion, 1964.
- Sartre, Jean-Paul, *L'être et le néant* (1943), Paris, Gallimard, Coll. « Tel », 1976.
- Sendrail, Marcel, *Histoire culturelle de la maladie*, Toulouse, Privat, 1980.
- Serre, Michel, *Le parasite*, Paris, Hachette, 1980.
- Serres, Michel, *Les cinq sens*, Paris, Grasset et Fasquelle, 1985.
- Simenon, Georges, *Les anneaux de Bicêtre*, Paris, Presses de la Cité, 1966.
- Spitz, René, *De la naissance à la parole : la première année de la vie*, Paris, PUF, 1968.
- Thomas, Louis-Vincent, *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot, 1975.
- Thomas, Louis-Vincent, *Mort et pouvoir*, Paris, Payot, 1999.
- Tolstoï, Léon, *La mort d'Ivan Ilitch*, Trad. par Flamant Françoise, Paris, Folio classique, 2000.
- Tournier, Michel, *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, Paris, Gallimard, 1967.
- Tronto, Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009.
- Valéry, Paul, *Œuvres*, t. 1, Coll. « Bibliothèque de La Pléiade », 2008/1957.
- Véga, Anne, *Soignants-soignés pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Bruxelles, De Boeck Université, Savoirs et santé, 2001.
- Véga, Anne, *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Évreux, Éditions des archives contemporaines, 2000.
- Vespieren, Patrick, *Face à celui qui meurt*, Paris, Déclée de Brouwer, 1999.
- Vigarello, Georges, *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil, 1985.
- Vigarello, Georges, *Le sain et le malsain, Santé et mieux-être depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil, Coll. « L'univers historique », 1993.

Vigarelo, Georges, *Le sentiment de soi, histoire de la perception du corps XVIe-XXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2014.

Voltaire, *Traité de métaphysique*, Paris, Garnier, 2016/1826.

Terestchenko, Michel, *Un si fragile vernis d'humanité, banalité du mal, banalité du bien*, Paris, La Découverte/Poche, 2007.

Winnicott, Donald Wood, *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot et Rivages, 2006/1996.

Zittoun, Robert, *La mort de l'autre, une introduction à l'éthique clinique*, Paris, Dunod, 2007.

Zweig, Stefan, *Nietzsche*, Barcelone, Essai Stock, 2004.

Articles et revues

Augu, Magali, Mactsf-exerciceprofessionnel.fr, Volume 17, n°65, mars 2017, « Les obligations en matière d'Événement Indésirable Grave. »

Bazin, N. *La revue de gériatrie*, Tome 27, N° 5 mai 2002, « Point de vue, Syndrome de glissement : un équivalent dépressif ? ».

Benkimoun, Paul, *Le Monde des sciences*, 6/10/2017 : « Le Nobel de la médecine aux rythmes du vivant ».

Birraux, Nelly ; Chardon, Lauranne ; Naz, Françoise, Servillat, Isabelle ; « Dossier Corps et sujet âgé, chute du sujet âgé : donner du sens », *Santé mentale*, 200, décembre 2015.

Cadet, B. & Jacquet-Andrieu, A. (2012). « Émotions, langage et prises de décision : un réseau cognitif », in *Holism and Health*, 6(1): 26-32. ISSN 2305-5677. <http://journal.celenie.ru/index.php/cadet-jacquet-andrieu-emotions>.

Cayado, V., Chahbi, R., « La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées à domicile », in *Neurologie-Psychiatrie- Gériatrie*, 15, pp. 194-199. Paris, Elsevier Masson, 2015.

Clément, Bruno, « Il y a souffle et souffle » in *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 28, n°4, Paris, Elsevier Masson France, 2011.

Cordier, Alain, « Pour une éthique de l'économie hospitalière à la lumière d'une lecture d'Emmanuel Levinas », in *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, coll., sous la dir. de Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le-Mintier, Jean-François Mattei, Paris, PUF, 1997.

Delvigne Frédéric, Ryckel, Cécile de, « La construction de l'identité par le récit », *Psychothérapies* 2010/4 (vol. 30), p. 229-240. DOI 10.3917/psys.104.0229.

Detienne, Marcel et Vernant, Jean-Pierre, « La mêtis du renard et du poulpe », in *Revue des Études Grecques*, tome 82, fascicule 391-393, juillet-décembre, 1969.

Dibie, Pascal, « Tous les lits ont une histoire » in *L'information psychiatrique*, vol. 80, n° 3, Paris, mars 2004.

Équipe d'intervention gériatrique, groupe hospitalier Cochin-Broca, Hôtel-Dieu, AP-HP : Bach. F., Marchand, P., Chiffroy, D., Natali, J.-P., Marchand, P., Schwald, N., « Intérêt de l'optimisation du retour au domicile après une chute pour prévenir la survenue d'une nouvelle chute », in *Neurologie-Psychiatrie- Gériatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2015.

Fiat, Éric, « Du temps qui passe... et ne passe pas : concordances et discordances des temps », *Vie sociale* 2013/2 (N°2), p. 29. DOI 10.3917/vsoc.132.0015.

Folscheid, Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental » in *Actes du colloque international « Sens et Savoir »*, Laval théologique et philosophique, vol. 52, n° 2,

1996.

Groupe des Aphasiques d'île de France <https://ccf.cochrane.org/médecine-fondée-sur-des-preuves>

Gillet, Claude, « Des dangers de l'abus du schéma jakobsonien sur la communication », *Études de communication* [En ligne], 2 | 1983, mis en ligne le 17 mai 2012, consulté le 12 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/edc/3322> ; DOI : 10.4000/edc.3322

Hennezel, Marie de, *Rapport* « Fin de vie, le devoir d'accompagnement » mandaté par Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, octobre 2003.

Jacquet-Andrieu, A. (2010), « Michel Arrivé Linguiste français, une œuvre novatrice. Verbes sages et verbes fous », in *Les langues latines dans un contexte de mondialisation : aspects linguistiques et sociolinguistiques*, Moscou, 22 et 23 juin 2010. Moscou : Presses de l'Université d'État de la Région de Moscou, 2010, pp. 39-42.

Jacquet-Andrieu, A. *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Saarbrücken : Presses académiques francophones, 2012.

Jacquet-Andrieu, A. "The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion", in *Culture, Medicine & Psychiatry*. New York : Springer, 2014 mars : 38 (1) : 60-76, 2014. (A).

Gillet, Claude, « Des dangers de l'abus du schéma jakobsonien sur la communication », *Études de communication* [En ligne], 2 | 1983, mis en ligne le 17 mai 2012, consulté le 12 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/edc/3322> ; DOI : 10.4000/edc.3322

Leborgne, Sophie, « La chute chez la personne âgée : une modalité suicidaire ? », in *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, vol. 14, issue 83, oct. 2014, pp. 285-289, Paris, Elsevier Masson.

Le Breton, David, « Toucher, affectivité et fin de vie », in *Questions d'amour, de l'amour dans la relation soignante*, Fiat, Éric ; Geoffroy, Michel, Paris, Lethielleux, 2009.

Majerus, Benoît, « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses* 2011/1 (n°82), p. 101, Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-geneses-2011-1-page-95.htm>

Mauss, Marcel, « Les techniques du corps » in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1950.

Molino, Jean, « Logique de la description » in *Poétique* n°91, Paris, 1992.

Rapport du Bureau international du travail, Emploi et conditions de travail hospitalier, Études et documents, 1960, 55.

Solère, Jean-Luc, « Silence et philosophie » in *Revue Philosophique de Louvain*, Quatrième série, tome 103, n°4, p. 624, 2005.

Vives, Jean-Michel, « La catharsis, d'Aristote à Lacan en passant par Freud. Une approche théâtrale des enjeux éthiques de la psychanalyse », *Recherches en psychanalyse* 2010/1 (n° 9), pp. 25-35.

Zucker, Daniel, « Pour introduire le faux-self », dans *Penser la crise, l'émergence du soi*, sous la dir. de Danièle Zucher, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2012.

Conférences

Brugère, Fabienne, Leblanc, Guillaume, « À propos de la fin de l'hospitalité », conférence Paris, Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu, le 9 mars 2017.

Pelluchon, Corine, Séminaire Grammaire de l'autonomie, Paris, Picpus, 30/11/2017.

Thèse et Mémoire

Demaille, Carl, *Le miroir au cinéma : Un emblème de la dimension spectaculaire de l'image cinématographique*, École Nationale Supérieure Louis-Lumière, La Plaine Saint-Denis, 2017.

Jacquet-Andrieu, Armelle (2014). *Quand la langue maternelle devient langue étrangère. Pour une éthique du vivre en situation de handicap ouverte aux Sciences humaines et sociales en cas d'aphasie*, sous la dir. de Ch. Hervé, Université Paris Descartes, 3 vol. (Texte, 1 vol. Ann. et 1 vol. de publications, disponible auprès de l'auteur).

Filmographie

Almodovar, Pedro, « Parle avec elle », Espagne, 2002, 1 h 50.

Bergman, Ingmar, *Cris et chuchotements*, Suède, 1972, 1 h 30.

Blanc, Christophe, *Une femme d'extérieur*, Paris, 2000, 1 h 58.

Chaplin, Charlie, *Les temps modernes*, États-Unis, 1936, 1 h 30.

Chaplin, Charles, *Le Dictateur*, film, États-Unis, 1940, 1 h 24.

Œuvre picturale

Rembrandt, Van Rijn, *leçon d'anatomie du docteur Nicolas Tulp*, Amsterdam, Rijksmuseum, 1632.

Œuvres sculpturales

Giacometti, Alberto, *L'Homme qui marche*, Paris, Musée Picasso, 1960.

Rodin, Auguste, *Tête de l'ombre et deux mains*, 1900, *La main révèle l'homme*, 1899, *Le secret*, 1910, *La main crispée*, 1885, *La main de Dieu*, 1902, Paris, Musée Rodin.

Rodin, Auguste, *Sculpture Le Penseur*, 1882, Paris, Musée Rodin.

Lois et décrets

Circulaire n°2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitances notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables.

Loi Kouchner du 4 mars 2002, Article L. 1413-14 du Code de la Santé Publique-CSP.

Loi du 9 août 2004, relative à la politique de Santé publique.

Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016.

Article R. 1413-67 du Code de la Santé Publique, 2017.

Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée ; décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de Santé Publique.

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de Santé Publique.

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, Code de la santé publique, article R4312-25.

ANNEXE I

- Témoignages de Mesdames D. et M.

1. Témoignage de Madame D.

Madame D. : « Donc dans la nuit du 12 au 13 juillet, il a fait un orage, mais vraiment d'une rare violence. Alors comme c'était la nuit du 12 au 13 juillet, il avait fait très chaud, donc toutes les fenêtres étaient ouvertes, et, je vous donne tous les détails ! Et lorsque je me suis levée, peut-être un peu précipitamment, déjà, je ne sais pas, pour fermer la porte et la fenêtre de la cuisine. Pourquoi ? C'est idiot, je n'avais qu'à fermer la porte de ma chambre, mais on a des réflexes plus ou moins... plus ou moins justes donc je suis venue là, à cette porte que vous voyez madame. Je suis rentrée et j'ai fait une glissade, comme si on m'avait poussée. Mais d'une façon rare, vous savez. On m'aurait poussée, c'était pareil, c'était comme ça très fort, et je me suis retrouvée à me cogner contre la machine à laver que vous pouvez apercevoir ; oh la la j'ai senti une douleur et puis je suis tombée. J'ai dit : "Eh ben je me suis cassé la jambe". J'ai cru que c'était la jambe gauche et c'était la jambe droite. »

NB : « Vous avez pensé que c'était la jambe gauche et c'était la jambe droite ? »

Madame D. « Oui, oui absolument. Et je suis tombée, vous voyez peut-être dans une ombre, il y a un trou quoi, une ouverture plus exactement et je suis tombée au pied, mais un petit peu en dessous c'est ce qui a fait que ça était si difficile pour le pompier de me sortir de là. Et tout de suite j'ai bien vu que ça devait être sérieux, parce que ma jambe a gonflé. Et je suis restée quatre heures, quatre heures madame. »

NB : « Donc quatre heures au sol ? »

Madame D. « Oui, j'ai appelé mon mari, j'ai crié pas trop fort parce que, j'ai commencé, d'ailleurs il a dû fermer la porte. Il était passé, il ne m'avait pas vue. C'est incroyable, parce qu'à six heures du matin, faut vous dire, comme vous le voyez, j'aime peindre un petit peu, j'aime beaucoup la lumière du matin, alors il n'était pas surpris, il a cru que peut-être j'essayais de faire quelque chose, une petite aquarelle quelconque, parce que je travaillais là. Il fait très lumineux et le soleil se lève là. Je suis à l'Est, non, si ici c'est l'Est, voilà, l'Ouest c'est là-bas. J'y suis allée, et le matin, quelquefois sur la Seine, c'est merveilleux cette couleur. Le soir, c'est de ce côté, c'est à l'Ouest. Alors à l'Ouest, les couleurs sont différentes et je trouvais que toutes ces couleurs très claires, très lumineuses, j'aimais beaucoup ça. Mon mari le savait, je me levais souvent très tôt et

puis je recommençais de faire quelque... une petite aquarelle par exemple. Donc je me suis tout de même lever avec ce temps orageux, qu'il faisait parce que le tonnerre avait tapé tellement fort que moi qui adore l'orage, je n'ai pas du tout craint cet éclair, pas du tout mais ça m'a réveillée en sursaut et je suis venue fermer la fenêtre aussi bêtement que ça. Les chutes sont souvent bêtes. Je me souviens comme si j'y étais. J'ai eu le sentiment que mon mari n'entendait pas, c'est tout. Et qu'il était retourné se coucher, et qu'il m'avait laissée à mon petit travail du matin. Ou bien il ne m'a pas vue un point c'est tout, et puis il s'est endormi. J'ai dit "Eh bien tu t'es cassé la jambe, voilà !" Je voyais une enflure qui grossissait ; donc j'ai senti, je n'ai pas eu ni évanouissement, ni rien du tout. J'ai attendu ; après avoir compris que mon mari dormait, et bien j'ai attendu, et je me parlais à moi-même. Je me disais : "et bien toi qui recommande tant d'attention pour ne pas tomber et bien ça c'est une chute, une vraie chute. Je me suis cassé la jambe". Je me parlais à moi-même en me répétant ces choses. Je suis donc restée quatre heures, c'est long quatre heures et je commençais à me dire "je vais continuer d'appeler de temps en temps..." et finalement mon mari est arrivé et m'a vue : "Oh mais ce n'est pas possible mais tu es tombée !" Évidemment c'est la phrase qu'on dit. "Eh oui, je suis tombée, appelle vite les pompiers !" Mon mari a tout d'abord appelé le gardien et tout le monde est venu dont les pompiers, et là ça n'a pas été une petite affaire pour me tirer de là parce que ma jambe avait beaucoup gonflé en quatre heures ; et là, voyez-vous madame, il était merveilleusement gentil cet homme, oh il a été d'une gentillesse. Il m'a dit : "Ne craignez rien madame" ; j'ai dit "Je ne crains rien". "Ne craignez rien madame, je vais faire très doucement parce que je comprends que vous voulez sortir, et à partir de là je ne me souviens plus de rien". Donc il m'a sortie de là, et puis je me suis retrouvée à l'hôpital ; mais là, je ne me suis pas du tout évanouie. Ma fille qui habite pas très loin, près de là, la maison était pleine de monde et moi j'étais là. Ils avaient beaucoup de mal à sortir. Lorsqu'ils ont demandé l'hôpital A ou bien hôpital X, ma petite fille Alexandra qui était chez sa maman a répondu "hôpital X" ; alors bon on m'a emmenée aux urgences de l'hôpital X. À partir de là, il y a eu l'attente. On m'a mise dans une chambre, et j'ai été opérée dans la nuit. Et bien à l'hôpital X, j'ai fait un autre séjour à l'hôpital puisque je me suis cassée une seconde fois plus tard. Je me suis réveillée dans une chambre, avec des infirmières. Je n'ai pas eu le réveil de l'opération ; je peux comparer puisque j'ai eu le second réveil. »

NB : « Combien de temps après ? »

Madame D. : « 4 mois après. Le matériel a cassé. La vis de ma prothèse a cassé, donc il a fallu réopérer. La deuxième opération a été très dure, parce que je voulais mourir, je voulais mourir, je ne voulais plus, c'était très dure. Je savais que ça allait être encore une grosse opération mais je ne pense pas que je me disais tout ça dans ma tête, dans mon esprit. Non, je disais "je veux mourir, je veux pas, je ne veux plus vivre, oh non" et donc on m'a opérée trois heures chaque fois.

Je l'ai su qu'après et quand je me suis réveillée donc trois heures après, j'étais dans une magnifique salle de réveil. Comment on appelle ça ? parce qu'à l'hôpital X, elle est magnifique la salle de réveil. Mais à côté de ça je ne pensais qu'à une chose, c'était de ne pas sortir de cette opération. Elle était immense la salle de réanimation. Je ne sais pas si vous appelez ça une salle commune, c'est immense avec des séparations de rideaux beiges. C'est très beau, clair, merveilleusement éclairé. J'ai regardé tout ça, j'ai bien vu, bien regardé. Et puis passe une infirmière. Elle n'était pas en uniforme, elle était habillée en civile, habillée comme tout le monde. Mais c'est drôle pour une infirmière. J'ai regardé cette personne et lui ai dit "Mais alors je ne suis pas morte ?" "Et bien non madame, vous n'êtes pas morte" ; "oh alors quel dommage" "Et pourquoi dites-vous ça ?" "Et bien parce que je sais tout ce qui m'attend. Oh non, j'aurais préféré mourir", je n'avais qu'une pensée, c'était de mourir ; je trouvais que la vie avait été bien et jusqu'à présent pour moi et que j'allais encore souffrir, toute cette rééducation, mes enfants très très malheureux, et de toute façon je serais moins malheureuse si je m'en allais. De toute façon, j'appréhendais beaucoup ce qui allait suivre après cette opération, et là madame, après ce que je vous ai dit je me suis retrouvée dans ma chambre. J'ai dit non, je me souviens très bien, je ne me trompe pas dans les mots, non je ne veux pas ; laissez-moi, laissez-moi. Je suis très bien, je sentais que je glissais. Et j'étais, je trouvais que c'était bien. Je glissais tout doucement. Vers quoi ? je ne sais pas. Je glissais, j'allais partir et je trouvais que c'était très bien, et que je ne souffrirais plus, alors que je n'ai pas tellement souffert ! Non, j'étais dans les meilleures conditions, mais je ne voulais plus vivre, vraiment je ne voulais plus vivre et donc j'étais dans ma chambre. Puis à partir de là, une infirmière, je l'ai entendue dire : "Mais non, elle est très bien ; sa tension est normale". Qu'est ce qui était normal encore ? Sans doute la tension, pourtant je n'ai pas l'impression du serrement que l'on éprouve dans le bras. Non elle est très bien ; non, non, elle est très bien. L'air de dire : "on peut la garder, elle ne va pas mourir". Et en effet, je ne suis pas morte, puisque je suis là. Et puis de là, c'était la continuation, la continuation de ce que vous subissez lorsque vous êtes dans une chambre ; des infirmières autour de vous et puis la jambe dans une gouttière. J'ai bien enregistré, la salle d'opération, la salle de rééducation. Dans ma chambre, il y avait quelqu'un à côté de moi, oui, et cette personne était tout à fait indifférente à la personne qui était moi ; et bon, et puis on est dans une chambre d'hôpital. Comme je l'avais déjà dû éprouver, je me répète car je pense avoir fait une faute, là, et non rien de spécial, sauf je ne suis pas morte, non alors vraiment, je ne suis pas morte. Je ne comprenais pas encore qu'après cette opération, tout ce monde autour de moi, j'étais là, bien vivante ; oui, bien vivante. J'étais bien vivante en tous les cas et cela ne m'enchantait pas du tout, pas du tout. Et la chambre d'hôpital, les chambres d'hôpitaux sont très banales, plus ou moins. Je me rappelle même de la disposition, mon lit était là et la personne était à ma droite, et je sais que quand je disais "laissez-moi mourir" elle lisait un livre, un livre ou un catalogue, je ne sais pas. Elle était complètement indifférente à la personne qui criait "laissez-moi

mourir, laissez-moi, pourquoi vouloir, non, c'est encore dur, laissez-moi''. Je n'avais que ce mot à la bouche et je me laissais glisser ; donc je vous répète ce que je disais tout à l'heure, et je me suis réveillée dans une chambre et puis voilà, c'est des chambres d'hôpitaux qui sont banales, comment pourrai-je dire, quelconque, toutes pareilles.

BN : « Impersonnelles ? »

Madame D. : « C'est le mot, complètement impersonnelles. Ce sont des lits avec le perroquet, et puis, des infirmières qui vont et viennent autour de vous. Je trouve que c'est assez indifférent. Ce qui m'a paru le plus étrange c'est de me retrouver là. Mais aussi l'indifférence des infirmières, si on veut aller au fond des choses. Ce manque d'humanité, car vraiment c'est embêtant de critiquer mais mon grand ressentiment, madame, ma fille m'a entendu le lui dire combien de fois, si je pouvais dire aux infirmières, apprenez donc ce que c'est que l'humanité, qu'est-ce que c'est que l'humanité, une parole de secours, une main que l'on sert, oh quelque chose de chaleureux comme on n'a pas, que l'on a presque jamais, très rare, très rare. Je ne veux pas critiquer les infirmières, c'est un ressentiment. Elles sont peut-être habituées à cela. On ramène une personne de l'opération ; il y a tellement de choses à faire, on ne va pas s'occuper de l'état d'âme ; on aurait besoin d'une main ou quelqu'un qui vous dit je suis là, ne crains rien ; on n'a rien, on a des soins normaux, on doit faire une piqûre, un verre d'eau, c'est tout, on n'a pas, je me répéterai toujours. Je ne trouve pas de mots qui le remplace ; c'est un mot d'humanité, parce qu'elles sont dures. Alors je comprends qu'elles sont peut-être très fatiguées, je n'en sais rien. Elles sont infirmières, pour moi, ça voulait dire du dévouement, hors ce dévouement, je ne l'ai pas ressenti. Je l'ai peut-être ressenti chez une petite débutante, peut-être parce qu'elle était jeune et qu'elle n'a pas vécu d'opération et de suite d'opération, et peut-être que même pas du tout, mais étant chaleureuse, humaine, je reviens toujours au mot humain, ce mot humain, tout de même il est important ! Ce mot, je ne trouve pas de remplaçant à ce mot ; si vous en trouvez un, dites-le-moi ; humain, être humain. Mais je comprends qu'elles en manquent parce qu'elles sont habituées à avoir des personnes mourantes et qui réclament la mort ; certainement, et j'ai pensé qu'ailleurs je ne parlais pas de mon âge auquel je n'avais jamais pensé, avant mon accident. Je disais mon âge sans m'y arrêter, j'étais vivante, j'aimais la vie, j'étais heureuse avec mes enfants et tout d'un coup la vie m'arrache à tout. Alors, il fallait un moment s'en aller ; c'était bien comme ça, voilà, c'était bien. Mais j'aurais voulu qu'au tout dernier moment de votre vie, on vous prenne la main et puis vous accompagner. C'était le dernier moment pour moi. C'était fini, mais je ne pensais pas au Paradis, ni à l'Enfer. Non, je n'y crois pas, j'ai perdu toute croyance, j'ai trop lu, regardé la vie de près si je puis dire. On naît, on meurt, on est quand on y pense, exactement comme un animal, on vit, on a un cerveau, on souffre plus ou moins, on a plus ou moins envie de garder cette existence ou de se retrouver avec ceux qu'on aime ; et je ne crois pas qu'on retrouvera jamais ce qu'on aime.

On retrouvera quelquefois quelque ressemblance vague chez quelqu'un de connu ; on dit "Tiens, elle ressemble à ma tante", car j'ai beaucoup aimé ma tante mais voilà, les derniers moments c'est déchirant de se quitter mais il faut bien se quitter. Oh je peux très bien la décrire. Une journée à l'hôpital, je pense que j'ai bien vu ; j'en ai suffisamment vu puisque je suis restée presque sept mois. Alors le matin, on vous réveille tôt ; d'abord, ce sont des gardes, infirmières de nuit, qui entre parenthèses, si j'ai bien trouvé de l'humanité, c'est bien chez les infirmières de nuit, parce que là, je m'écarte de la journée. Donc j'ai trouvé de l'humanité, parce qu'elles ont un peu le temps, je crois, à l'inverse des infirmières de jour, qui je crois, sont débordées de travail ; et je m'en suis bien rendue compte. Elles ont beaucoup de travail, alors elles ne peuvent pas accorder un moment de gentillesse n'est pas le mot, un moment de chaleur. Elles n'ont pas le temps. Donc l'infirmière, j'en reviens à la journée : il est en général cinq heures et demi et on vous réveille en allumant toutes les lampes en venant prendre votre tension. On vous prend votre tension et si vous avez des couches, comme c'est souvent le cas, on vous change, et là l'infirmière a son rôle à jouer, mais ce n'est pas une infirmière, c'est une..., c'est une... ?

NB : « Aide-soignante ? »

Madame D. « Aide-soignante, oh j'adore ces mots » !

NB : « Ah ? »

Madame D. « Non, quand je dis j'adore c'est bien pour me moquer ! c'est bien compliqué aide-soignante, c'est bien compliqué ; c'est bien une soignante et non pas une aide-soignante. Elle vient, donc, cette personne plus ou moins chaleureuse. Elle fait ce qu'il faut, elle dit " bonjour" ou pas. Certaines vous disent " Madame D. ", puisque je m'appelle D. "Madame D., vous avez passé une bonne nuit ? ", mais la plupart ne vous dit rien. Ça se passe dans le silence, on vous change, on vous a pris votre tension ; au-revoir madame, bonne journée. Et moi je réponds : " Merci madame, bonne journée à vous". Alors ensuite il est cinq heures, entre cinq heures et demi et six heures la plupart du temps. Je regarde beaucoup l'heure moi, donc je peux dire que c'est dans ces eaux-là. Ensuite vous vous endormez ou pas. Je suis une grande dormeuse, je me rendors en général, et puis je suis contente d'être dans le propre, et je dis qu'elles sont courageuses et puis environ 8 heures, on éclaire à nouveau, on ouvre les volets madame. Et là je leur dis : " Oh non, non, je parle en mon nom, en moi-même : non, non, n'ouvrez pas les volets, je veux encore dormir." " Bien madame". Ensuite c'est le petit déjeuner à huit heures et quart, huit heures et demi ; c'est souvent huit heures et quart. Au début, je disais " Ah non, non, non, ne me réveillez pas, ne me réveillez pas, je veux encore dormir ; et puis je ne veux rien. » " Si madame, c'est l'heure de déjeuner, et voilà votre déjeuner, votre petit-déjeuner." Donc j'absorbais ou pas café,

thé ou chocolat. C'était très bien présenté sur mon plateau avec des jolies petits fours, des petits croissants, des petits macarons, très bien présenté. Et puis, une jolie théière en argent. Je ne vais pas dire cafetière, ce n'est pas le mot. Tout ceci était très joli, très bien présenté ; et puis j'absorbais ou pas. Moi je prenais du café, un peu pour me réveiller, parce que j'ai horreur du thé. Le chocolat, j'adore mais pas à huit heures du matin, et ensuite, alors là c'est dur parce qu'ensuite, au début, on me disait " Allez madame, c'est la toilette" " Oh non je ne veux pas faire ma toilette maintenant" " Madame si, il faut faire votre toilette". Alors au début, tout au début, j'étais obligée d'obtempérer comme diraient les militaires. Ça me coûtait beaucoup et surtout je vais me répéter, il faut vous dire qu'à l'hôpital P., c'était très dure, c'était une personne très compétente ; elle s'appelait Cécile, très compétente, mais elle m'a mise sur un siège en plastique blanc très confortable, qui m'a fait beaucoup souffrir. Et puis on passe la douche et ce moment était un moment très difficile. Mais je dirais que cette Cécile était une personne qui connaissait bien son métier, et qui quelques jours où je suis restée à l'hôpital était très bien. Mais la douche reste quelque chose de difficile au lieu d'être dans mon lit à récupérer, le petit café que j'avais pu boire, et essayer de me rendormir tous les matins, on essayait de me doucher ; mais par la suite je refusais. J'ai, voyez-vous un dos déformé ; alors j'avais très mal au dos, donc on faisait ma toilette dans mon lit, alors j'acceptais mieux parce que c'était moins douloureux. Et puis là, j'ai eu une très gentille infirmière : Murielle, mais très gentille, qui faisait les choses délicatement, parce qu'on doit vous rouler un peu dans le drap pour laver votre dos et puis on vous remet à plat, et c'est l'autre côté qu'on roule. On vous met sur le côté, alors comme ma couture est là, ça me faisait mal, mais elle prenait beaucoup de précautions. Cette Murielle, elle a été très gentille, et puis ensuite, ensuite j'avais un lit propre. J'avais déjeuné ou pas et puis Cécile vous disait : " Madame D., un moment au fauteuil", " Ah non pas dans le fauteuil, c'est trop dur", " Non madame, il faut aller dans le fauteuil, peut-être pas le deuxième ou troisième jour, mais rapidement, il faut aller dans le fauteuil, madame D." je répète mon nom, mais ce n'est pas par orgueil du tout car c'est un nom banal. Donc il fallait que j'aie dans le fauteuil, et c'était quelquefois pénible par la fatigue. Donc je suis restée dans ces conditions-là. Une chambre très banale, comme vous me l'aviez demandé tout - à - l'heure, alors pas très grande celle-là et très banale, une chambre quoi, avec un fauteuil à côté à votre gauche, avec un grand coussin par terre pour reposer votre jambe. Oui j'avais un rehausseur de pieds. Alors vous restez là un moment, et puis au bout d'une quinzaine de jours, je crois, je suis partie. Entre-temps, j'ai rencontré, j'ai rencontré ! non je n'ai pas rencontré, quelques personnes sont venues me voir, et donc il est venu une jeune fille que je n'oublierai pas et nous avons bavardé des heures comme je suis en train de le faire avec vous. Je suis très bavarde, je revivais. On a parlé beaucoup, plutôt dans l'après-midi, avant le repas ou après le repas. D'autres ont été beaucoup moins aimables mais ça n'a aucune importance. J'ai passé une quinzaine de jours comme cela. Et ensuite, il fallait une maison de

rééducation, alors on a choisi une maison de rééducation qui est tout près de chez moi. Je ne sais pas si j'ai à citer son nom ? et puis-là était une maison simple. Disons le mot pour ne pas employer un autre mot ; mais chaleureuse, chaleureuse, la plupart était chaleureuse ; et comme je disais beaucoup, bonjour, merci madame, excusez-moi, alors une de ces personnes m'a dit " Pourquoi vous dites merci ?" " Parce que madame, vous êtes gentille et vous me soignez", " Non madame, vous n'avez pas à dire tout ça. Je fais mon travail pour la plupart, c'est ça faire son travail, point final, bien ou mal, mais on fait son travail", " Très bien alors, je dirai zut zut zut" je suis restée avec cette jambe, pas dans un plâtre mais dans une attelle. Il faisait très beau, c'était le mois d'août, cette maison de rééducation dont je parle, et dont je m'excuse de ne pas citer, un très joli parc. C'était presque des vacances aussi bizarres que cela puisse paraître. Ma fille Fabienne qui est là, était en vacances, alors tous les jours, on était dans le parc, et mon Dieu, mon Dieu, nous avons parlé de la vie. J'ai raconté mon existence et je crois comme on va normalement mourir, tout remonte à votre surface, et vous racontez, vous racontez, vous êtes content de raconter. Et là du point de vue du soin, ça c'est gênant on m'a peut-être laissée trop longtemps dans cette attelle. Donc mes filles ont décidé de me changer de maison. Je suis donc allée dans une seconde maison, dans cette seconde maison, c'était pareil. Je n'avais pas de chambre individuelle. J'ai eu beaucoup de difficultés avec l'entourage et mais la même chose : petit-déjeuner, réveil avec la tension, la tension dans le bras, pas d'attention, la tension et le petit déjeuner, et puis la toilette, et puis l'attente d'être mise au lit, et puis alors les nuits, les nuits. Je n'aimais pas les nuits à cause de cette espèce de bassin qui est très dure, surtout quand vous avez mal et des infirmières qui là n'avaient pas, bon passons, on pouvait les appeler, elles venaient, et puis, là aussi je suis restée. Il n'y avait pas de parc à même la maison et tout près, il y avait un magnifique parc, mais là je m'éloigne. La chose qui m'a le plus marquée est l'hospitalisation. Je ne trouve pas autre chose, mais j'étais choyée, gâtée, j'avais une vie comme vous voyez très agréable. J'aime bien mes enfants, nous, mon mari et moi, nous étions ensemble le week-end, une vie très agréable. J'aimais Paris. J'ai complètement changé de vie. J'ai alors commencé à écrire, j'aimais bien écrire. Je suis allée ensuite dans une autre maison dans laquelle j'ai eu de la chance de vous rencontrer. J'étais gâtée, une chambre pour moi toute seule ; j'étais dans une chambre seule mais alors là j'ai eu beaucoup de solitude, et pas beaucoup d'humanité. Et là je dois vous dire, on vous réveille, et là des couches, on vous réveille, la toilette, le petit déjeuner, c'est comme ça partout, toutes les maisons se ressemblent et toutes les maisons sont identiques. Et puis j'ai été très contrariée. Une aide-soignante, qui ne faisait peut-être pas très bien son travail est allée se plaindre de mon exigence, et la directrice de l'étage est venue me faire des reproches assez cinglants parce que je ne me suis pas rendue compte que je n'étais pas dans une maison privée, mais un hôpital et que tout le monde était débordé et que je n'avais pas à me plaindre ; et alors comme j'étais abasourdie, j'ai répondu " je me suis plainte de quoi ?" Oh de différentes petites choses, et nous manquons de temps, nous

manquons de personnel, toujours le même refrain. Alors je suis désolée, je ne pensais pas être comme ça si vous voulez des excuses, je vous fais des excuses, maintenant madame, ça suffit donc voilà. À partir de ce moment-là j'ai eu envie de partir, j'avais envie de partir depuis quelque temps, mais cela suffisait comme ça voilà. Je crois que c'est la journée et peut-être plus de solitude dans une chambre seule et pourtant j'aime la solitude. Mais pourquoi, et bien parce que peut-être on croit qu'on aime la solitude et qu'en fait on est très seul. Surtout ce qui était très long, c'était les après-midi, ah les après-midi étaient coupés par la rééducation où là je passais un très bon moment et là il y avait beaucoup d'humanité, et là tout le monde était assez gentil, parlant, très agréable, très, donc il y avait une grandeur de réconfort, et alors, ensuite, on rentrait dans sa chambre et là on retrouvait sa solitude, étant donné que moi, puisque je parle de moi, je ne pouvais pas lire, la télévision ne m'intéresse pas, ça ne m'intéresse que la nuit, et dans la journée, j'utilisais beaucoup le téléphone, et je ne téléphonais beaucoup à des amis qui m'aiment beaucoup et à qui je le rends bien ; et puis à mes enfants, j'étais continuellement en communication avec mes filles, beaucoup. J'avais également des livres audio phoniques et on me les a tous volés. Et puis j'avais tout près de moi des boîtes de chocolats, des gourmandises et puis plus rien, on me les a volés aussi. Cela nous avait bien choqués mais tout le monde était désolé.

2. Témoignage de Madame M.

Madame M : « Bon bein j'étais chez moi, enfin je vais raccourcir, si je suis trop longue, vous me le dites. J'étais chez moi, j'étais avec ma canne ; la canne a ripé, je suis tombée, donc ce mouvement giratoire, il est toujours resté là, voyez-vous ? Ça c'est une chose importante psychologiquement pour moi. Il est toujours resté là ; j'ai toujours eu le sentiment que j'allais tomber, que j'allais suivre, et en effet, je me suis cassée le col du fémur. »

NB : « Quand vous parlez du mouvement giratoire... ? »

Madame M : « Moi, c'est ce mouvement là, ce mouvement-là qui ripe et qui m'entraîne, c'est là que j'ai cassé le col du fémur, donc j'avais gardé ce mouvement en tête ; lorsque j'étais en maison de rééducation, j'ai demandé une psychologue, parce que vraiment ça n'allait pas ; j'ai expliqué à la psychologue que j'avais toujours ce mouvement là en tête donc une peur épouvantable de tomber et je lui ai expliqué que quand je suis tombée, ce sont les pompiers ; et moi j'hurlais paraît-il “ je vais tomber, je vais tomber ”. Les pompiers me caressaient la joue en disant : “ Vous ne pouvez pas tomber, vous êtes déjà par terre”, et pour moi j'étais debout, c'est ça qui est resté, voyez-vous ? je suis toujours restée avec le sentiment que j'étais debout, alors que j'étais par terre ; il paraît que j'hurlais “ je vais tomber, je vais tomber ” ; alors quand j'ai été dans cette maison, j'ai demandé une psy ; je lui ai expliqué que j'avais encore ce sentiment, toujours la même chose quand je suis debout, que je suis tombée et vice et versa. Je pense que petit à petit, ça peut s'éloigner, ce sentiment, mais il reste une peur en moi. »

NB : « Vous pensiez être debout alors que vous étiez par terre ? »

Madame M : « Oui, c'est ça ; c'était un sentiment épouvantable. Je vous dis les pompiers disaient vous ne pouvez pas tomber puisque vous êtes déjà par terre mais moi, non, je disais non,

non, je vais tomber, je vais tomber. Ça fait quinze ans que je suis en DMLA⁸²⁶. Mes yeux ne devaient pas être formidables quand même ! Mais enfin, je vivais seule dans mon appartement avec une ménagère qui venait ; enfin, j'aurais pu continuer de vivoter si je n'étais pas tombée, voilà mais ça alors ça m'a marquée d'une façon terrible. Depuis que ça m'est arrivé, je parle souvent du mouvement giratoire, c'est quand même quelque chose qui reste au fond de ma mémoire. »

NB : « Le mouvement giratoire ? »

Madame M : « Oui pour moi, c'était ça (De sa main, madame M. dessine virtuellement un cercle), exactement ça, donc je tombais »

NB : « C'est un cercle ? »

Madame M : « Oui, mais je ne sais pas à quoi je pouvais faire allusion ? peut-être la circulation actuelle. A la place de l'Opéra à Paris, on tourne, on tourne, on tourne, et peut-être que c'était ce genre de choses qui m'avait frappée, ce geste, ce mouvement giratoire, ça m'est toujours resté. Ce qui doit vouloir rien dire pour d'autre. »

NB : « Cela a été une expérience marquante ? »

Madame M. : « Oui, ça a déterminé ce reste de peur que j'ai de vivre toute seule. Quand j'ai le déambulateur, lorsque je suis toute seule, c'est effrayant pour moi. Il faut toujours maintenant que j'ai quelqu'un, ne serait-ce qu'une main dans le dos. C'est ce que j'ai demandé à la psy, non à la kiné. Faites que j'ai, ne serait-ce qu'une main dans le dos mais que je me sente soutenue. »

NB : « Ah oui, que vous vous sentiez soutenue ? »

Madame M. : « Oui, c'est humain. Si je voyais, si j'avais un peu plus de vue, il n'y aurait pas de problème, je saurais toujours où je suis et je saurais l'heure et tout. Le grand danger pour moi c'est de ne pas avoir la notion du temps, voyez-vous ? Le temps c'est mon ennemi. J'ai dû vous le dire ; c'est ma formule : une minute pour vous, pour moi c'est vingt minutes. C'est difficile à vivre ça. Je ne sais pas combien de temps je suis restée au sol. Je ne m'en rends pas

826. DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge ; elle est liée à un vieillissement de la zone centrale de la rétine appelée macula. Elle se traduit par une perte progressive de la vision centrale.

compte. C'est une amie qui a prévenu la gardienne. La gardienne est venue, elle a tout de suite prévenu les pompiers. Alors que j'étais au sol, je criais parce que je croyais être debout, et je criais je vais tomber, je vais tomber. Et à partir de là tout a commencé. Le soir où l'on m'a transportée à Avicenne, je crois, les personnes qui m'entouraient étaient très chaleureuse. Je n'ai pas eu de sentiment de panique, et puis je suis allée au bloc pour l'opération le lendemain, mais sans appréhension, voyez-vous ? Alors attendez, quand j'ai été hospitalisée pour la rééducation à Drancy, là ça s'est bien fait, on a commencé à travailler la jambe, celle qui avait été cassée, petit à petit. J'ai beaucoup souffert avec le kiné, mais petit à petit on me remettait quand même sur pied, et je n'avais pas mal de séances de rééducation. Par la suite j'ai été opérée des yeux, et évidemment ça n'a pas arrangé les choses du tout ; je suis devenue très craintive. Enfin, c'est curieux, mais je ne voudrais pas, mais comme c'est anonyme, je peux le dire : quand j'étais à Drancy, j'ai rencontré beaucoup d'amitié, d'abord le kiné, les élèves kinés ; ce sont des jeunes gens qui étaient d'une gentillesse avec moi ; j'ai vraiment rencontré l'amitié. Ils me disaient " C'est bien, vous faites des progrès." Je ne m'en rendais pas bien compte et la preuve lorsque je venais pour partir, et bien ma chambre était pleine de tous ces gens qui étaient avec la larme à l'œil paraît-il ; moi je n'ai pas vu la larme à l'œil, mais enfin là qui étaient peinés de me perdre. J'ai trouvé que c'était gentil. J'avais rencontré de l'amitié. Oh ici je ne peux pas dire que j'ai de l'inimitié, mais là-bas, c'était vraiment de l'amitié. Quand je me suis faite opérée, mes amis ont fait que j'avais une chambre seule. Et alors, j'ai eu une chance inouïe. Le moral en avait pris un coup, mais alors j'avais dans la chambre qui était à côté de la mienne, un p'tit bout de femme, sympathique comme tout, qui avait une empathie pour sentir les moments où j'étais angoissée ; et elle frappait à la porte : " tiens, je viens faire un petit coucou et je m'en vais", mais elle sentait toujours ce moment où j'avais besoin de quelqu'un. Et puis elle me chouchoutait. Je vous dis un petit bout de femme. Nous n'étions enfin... ce n'est pas méchant ce que je vais vous dire, mais nous n'aurions pas eu de rapport dans la vie, c'était pas la même vie. C'est un milieu étrange, on rencontre des gens qu'on n'aurait pas rencontré. C'est vrai, c'est vrai. Eh bien, voyez-vous cette personne-là, elle a quatre-vingt et quelques années ; si je vous disais qu'elle me téléphone toutes les semaines ici. Et elle sait que je ne peux pas lui téléphoner, je reçois mais je ne peux pas téléphoner. Une fois, un dimanche, son petit-fils a acheté une petite voiture pour venir me voir. C'est curieux parce que nous n'avons rien de commun, rien de commun, une empathie, elle devinait toujours quand j'avais besoin. J'en étais avec ce sentiment d'être dans une espèce de gouffre, une obnubilation. Je n'aurais pas rencontré ailleurs cette empathie. C'est ce que je vous disais, c'est tout à fait inattendu, vous n'avez rien de commun et ça fait tilt. Enfin, je vais vous dire une chose à vous : j'ai toujours travaillé qu'avec des hommes et je m'entends mieux avec les hommes qu'avec les femmes.

NB : « Mais là c'est quand même un milieu féminin ? »

Madame M. « Oui, oui, mais moi je suis célibataire, vous comprenez, et ma vie c'était mon travail et j'aime travailler qu'avec les hommes, et ça continuait comme ça et comme j'étais pas coquette, sans équivoque, on se trompait pas sur mes sentiments ni rien ; même ici, des fois, je dis mais je m'entends mieux avec les hommes qu'avec les femmes. »

NB : « Vous vous entendez mieux avec les hommes qu'avec les femmes ? »

Madame M. « Non, elles ne sont pas tellement, je me trompe peut-être, je ne veux pas dénigrer parce que j'ai autour de moi des petites qui s'occupent de moi, qui sont d'une gentillesse formidable, mais je ne sais pas je m'entends mieux avec les hommes, je ne peux pas dire autrement. C'est la vie qui l'a voulu comme ça, un peu mon poste : moi dans mon bureau j'avais cinq ou six hommes pour discuter et puis après, ils s'en allaient dans leur département respectif. Tout se passait bien, c'est eux qui venaient me faire leurs confidences. Les femmes elles, étaient plus rétives, même les ouvrières. Elles faisaient aussi des confidences, mais c'était plus restreint. Est-ce qu'il y avait une rivalité ? oh moi, je n'ai jamais été une beauté, moi, rien du tout. Je veux dire je ne veux pas minimiser non plus, mais j'étais quelconque. Je n'étais pas quelqu'un dont on pouvait être jalouse. C'est mon impression. Mes amis me disent que ce n'est pas vrai, mais moi j'ai l'impression d'être de celle qui pouvait passer inaperçue. Je n'ai jamais cassé les briques comme on dit. Qu'est-ce que vous me faites dire ! je répète la même chose, mais quand j'ai eu la rééducation, je dis toujours j'ai rencontré l'amitié de tout le monde ».

INDEX NOMINUM

A

Abiven, 297
Almodovar, 292
Anders, 91, 92, 210, 367
Arendt, 80, 110, 138, 140, 141, 142, 148, 154,
170, 188, 201, 323
Ariane, 178, 282
Aristote, 19, 21, 28, 51, 52, 53, 56, 70, 84, 85, 98,
116, 135, 136, 137, 153, 157, 160, 162, 163, 165,
166, 174, 188, 206, 219, 239, 246, 249, 251, 252,
257, 258, 260, 269, 270, 300, 302, 303, 313, 324,
328, 335, 339, 368
Arrivé, 18
Augu, 76, 374
Azambuga, 25
Azambuja, 25

B

Bach, 58, 374
Bachelard, 29, 52, 158, 162, 169, 170, 172, 178,
179, 180, 184, 186, 196, 219, 241, 368
Badiou, 49, 50
Bateson, 86
Baudelaire, 94, 95, 119

Bazin, 63, 374
Beauvoir, 159
Benkimoun, 260
Bentham, 169, 196, 332
Bergman, 166
Bergson, 96, 99, 100, 101, 102
Birraux, 46, 109, 110, 374
Blanc, 143
Bloch, 126, 132, 140, 145
Bologne, 228, 238, 284
Borradori, 39, 369
Brisson, 333
Brugère, 85, 208, 236, 237, 249, 276, 279, 280,
315, 317
Buber, 248, 314
Burgess, 127, 128

C

Camus, 30, 33, 368
Canguilhem, 33, 34, 47, 112, 368
Caroll, 17
Cassin, 21, 40, 75, 103, 145, 235, 367
Certeau, 116, 117, 153, 154, 247, 272, 275, 277,
280, 283, 290, 292, 295, 314, 324, 326, 328, 329,
331
Chaplin, 94, 132, 164, 320
Chaptal, 280, 284

Chardon, 46, 109, 110, 374
Charon, 258, 337, 338, 339, 340, 341
Chiffray, 58, 374
Chrétien, 255, 319
Chronos, 259, 311
Clément, 255
Collière, 278, 281
Cordier, 155, 157, 185, 205

D

Declerck, 296
Dejours, 180, 209, 319, 321, 327, 328
Delomel, 220
Delrieu, 57
Delsol, 30, 31, 51, 92, 245, 369
Demaille, 268, 275
Derrida, 39, 41, 42, 47, 48, 194, 369
Descartes, 72, 73, 221, 222, 223, 312, 369
Detienne, 132, 133, 134, 135, 138, 328
Dibie, 124, 125, 126, 127, 128, 165, 185, 192
Dieu, 22, 25, 26, 27, 31, 34, 58, 66, 71, 72, 77,
374
Dolto, 244, 302
Dostoïevski, 157, 183, 184
Dubois, 67, 369
Dupont-Hess, 285

E

Eichman, 80, 323
El Guerrouj, 85
Épiméthée, 23, 38
Eros, 189, 192

F

Fest, 80, 323
Feuillet-Le-Mintier, 155
Fiat, 20, 31, 34, 40, 136, 162, 167, 176, 203, 205,
207, 252, 258, 260, 261, 306, 316, 369
Fleury, 40, 51, 52, 53, 69, 292, 317, 369
Focillon, 246, 247
Folscheid, 20, 145, 155, 187, 189, 207, 208, 210,
211, 212, 300
Foucault, 80, 81, 82, 169, 190, 196, 220, 225,
229, 230, 273, 320, 321, 331, 332
Freud, 21, 180, 242, 339
Freudenberger, 319
Frontisi-Ducroux, 178, 266, 267, 269

G

Garcia, 259
Gelven, 50, 147, 148
Geoffroy, 148, 163, 259, 306, 307
Giacometti, 85, 376
Girard, 21, 22, 76, 92, 97, 191, 210, 370
Grimaldi, 106

H

Habermas, 39, 41, 42, 47, 48, 194, 369
Haute Autorité de la santé, 176
Hegel, 69, 163, 263, 305, 370
Heidegger, 25, 39, 41, 50, 67, 68, 75, 87, 146,
147, 148, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178,
183, 199, 210, 212, 300, 348, 369, 370
Henderson, 281, 296
Hennezel, 209
Henry, 144, 146, 147
Hermès, 24
Herzlich, 112
Hesbeen, 309, 324

Hippocrate, 218
Holzerny, 328
Homère, 108, 133, 177
Honneth, 250, 251
Husserl, 144, 146, 236

I

Icare, 23
Illich, 219

J

Jacquet-Andrieu, 96, 376
Jacquot, 54, 371
Job, 176, 254, 255
Jollien, 25, 34, 371
Jonas, 149, 150, 151, 322

K

Kafka, 105, 155, 156, 159, 198
kairòs, 133
Kant, 27, 28, 71, 72, 136, 145, 167, 203, 207,
213, 214, 346, 371
Kénose, 26
Kerbat-Orecchioni, 156
Kerbrat-Orecchioni, 346

L

La Mettrie, de, 202
Lagrée, 66, 190, 371
Laneyrie-Dagen, 221, 226
Laplantine, 27, 32, 33, 59, 77, 113, 120, 241, 371
Laurent, 28, 29, 50, 84, 85, 370
Le Breton, 32, 219, 260, 276, 305, 306, 371
Leblanc, 298
Leborgne, 61, 375

Lécu, 20, 26, 27, 28, 90, 273, 371
Leriche, 65
Leroux-Hugon, 285
Lévi, 73, 372
Levinas, 34, 73, 123, 137, 149, 155, 157, 165,
181, 242, 247, 249, 307, 372

M

Magnon, 280
Majerus, 224
Maldamé, 27
Mann, 144, 154, 161, 191, 192, 212
Marchand, 58, 374
Marin, 21, 32, 372
Mattei, 155
Mattéi, Jean-François, 209
Mauméjean, 199
Mauss, 117
Melchior-Bonnet, 266, 271
Merleau-Ponty, 222, 235, 236
Métis, mètis, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 327,
328, 345
Michaux, 28, 29, 50, 84, 85, 370
Michel Arrivé, 10
Michelet, 125, 169, 240
Minkowski, 105, 107, 108
Molino, 283
Montaigne, 28, 29, 50, 64, 84, 85, 370, 372
Mora, 322

N

Narcisse, 25, 266
Nasio, 272, 274
Natali, 58, 374
Naz, 46, 109, 110, 374
Nietzsche, 100, 263

O

Odyssee, 108, 133, 177

Offray de la Mettrie, 70

Ost, 155

Ovide, 23

P

Pascal, 100, 124, 125, 126, 127, 128, 165, 185, 192, 271

Pélissier, 54, 371

Pelluchon, 70, 71, 73, 92, 97, 146, 150, 168, 211, 235, 240, 244, 263, 299, 372

Perrot, 124, 169, 182

Phaéton, 23

Phèdre, 19, 138, 332, 333

Platon, 19, 21, 23, 26, 28, 33, 34, 71, 98, 138, 147, 171, 269, 270, 328, 333, 334

Poe, 29, 373

Proclus, 68

Prométhée, 23, 71, 190

Phronèsis, 206

Proust, 177, 186

R

Rajablat, 233, 306, 311

Reason, 57

Rembrandt, 203

Ricoeur, 185, 206, 249

Rodin, 222, 247

Romano, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 55, 373

Roth, 246

Rousseau, 28, 373

S

Saint Augustin, 256

Saint-Augustin, 27

Sartre, 91, 262, 373

Schwald, 58, 374

Sendrail, 241

Serment d'Hippocrate, 218

Serre, 157

Serres, 103, 115, 242, 299

Servillat, 46, 109, 110, 374

Sheller, 197

Simenon, 67, 160, 190, 201, 373

Smadja, 150, 151

Solère, 65, 68, 375

Spitz, 302

Starobinski, 28

Strubel, 54, 371

T

Taslaiyre, 285

Terestchenko, 314

Thanatos, 189, 312

Thomas, 144, 154, 161, 189, 191, 192, 209, 211, 212

Tolstoï, 274

Tournier, 147

Tronto, 324

Turnbull, 31

V

Véga, 118

Vernant, 132, 133, 134, 135, 138, 266, 267, 269, 328

Vespieren, 243

Vigarello, 64, 220, 221, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 279, 374

Vives, 339

Voltaire, 374

Von wartbug, 126, 132, 140, 145

Z

Zittoun, 323

W

Winnicott, 200, 317, 318

INDEX RERUM

A

abandon, 12, 54, 60, 139, 152, 176
accident, 35, 39, 40, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 59,
76, 77, 90, 95, 356
Accidescencialité, 50
accueillir, 44, 58, 72, 148, 174, 194, 214, 293,
298
acédie, 318
advenant, 42, 44, 46, 47, 50, 53, 54
advenir, 39, 44, 48, 50, 51, 52, 53, 83, 201, 243,
244
akrasie, 209
aliénation, 87, 267
alitement, 12, 149, 167, 199
altérité, 69, 70, 72, 305
âme, 19, 20, 21, 26, 27, 31, 33, 34, 40, 52, 58, 64,
70, 91, 92, 101, 102, 123, 136, 147, 159, 166,
184, 185, 189, 210, 212, 219, 221, 222, 223, 235,
241, 268, 284, 302, 313, 319, 333, 342, 347, 355
amitié, 166, 346, 364, 366
animal, animaux, 19, 23, 70, 71, 72, 76, 85, 100,
136, 137, 144, 156, 159, 160, 161, 162, 172, 177,
188, 199, 235, 239, 240, 252, 259, 263, 327, 356
appropriation, 6, 39, 41, 42, 178, 193, 272, 320
arraisonne, arraisonné, 24, 25, 170, 210
asymétrie, 7, 38, 85, 120, 157, 161, 164, 167,
187, 200, 224, 237, 248, 301

attente, 10, 55, 61, 104, 105, 106, 107, 108, 206,
255, 258, 298, 353, 360
attention, 8, 33, 46, 101, 105, 107, 144, 145, 146,
149, 154, 156, 179, 194, 212, 243, 249, 295, 298,
304, 317, 323, 326, 335, 338, 345, 348, 352, 360
authenticité, 68, 87, 186, 243
autonomie, 8, 35, 38, 54, 84, 111, 151, 211, 282,
288, 324
autrui, 21, 35, 68, 74, 76, 91, 92, 93, 98, 99, 103,
110, 113, 119, 138, 149, 151, 157, 164, 167, 183,
186, 197, 200, 206, 235, 238, 242, 248, 249, 251,
256, 264, 269, 273, 295, 299, 300, 305, 306, 313,
314, 316, 317, 322, 323

B

Bâtir, 172, 173
bavardage, 68, 87
beau, 68, 102, 133, 138, 174, 185, 198, 313, 335,
341, 353, 359
beauté, 138, 139, 153, 165, 274, 321, 345, 366
Befindlichkeit, 50
bouc émissaire, 21, 22, 76, 92, 97, 191, 210, 370
bruit, 62, 64, 89, 156, 178, 192, 240, 257

C

cadavre, 18, 19, 30, 189, 203, 209, 295, 312
care, 6, 9, 85, 114, 120, 205, 208, 236, 280, 282,
305, 324, 347
catharsis, 22, 339

chair, 7, 20, 21, 34, 74, 115, 117, 144, 146, 147,
172, 189, 203, 223, 234, 235, 284, 312, 313, 330
chaos, 30, 88
Chronos, 259, 311
chute, 7, 8, 9, 10, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27,
28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 43,
45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 57, 58, 59, 60,
61, 63, 64, 70, 73, 74, 76, 77, 79, 80, 82, 84, 85,
88, 89, 90, 91, 93, 94, 99, 102, 104, 105, 106,
109, 110, 111, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 160,
216, 241, 352, 368, 370, 371, 373, 374, 375
chute événementiale, 45
Comique, 94, 95
communs, 116, 162, 201, 314
compagnonnage, 243, 247
Compassion, 197
connaissance, 19, 42, 50, 52, 70, 71, 116, 172,
184, 202, 203, 270, 272, 273, 278, 328, 339
conscience, 22, 34, 60, 68, 69, 71, 72, 73, 87, 91,
98, 142, 144, 147, 148, 166, 167, 175, 177, 181,
183, 184, 186, 198, 211, 223, 235, 242, 251, 258,
259, 263, 276, 304, 305, 307, 324
conscience de soi, 69, 264, 305
considération, 71, 73, 75, 92, 97, 146, 150, 151,
167, 168, 176, 244, 299, 330
contamination, 84, 193, 281
contention, 10, 79, 80, 82
corporéité, 7, 84, 101, 117, 253
corps, 7, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 26, 30,
31, 32, 33, 34, 41, 42, 46, 52, 58, 61, 64, 69, 70,
72, 73, 74, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 87, 88, 90, 95,
96, 102, 108, 109, 110, 115, 117, 120, 126, 133,
141, 145, 148, 154, 159, 160, 161, 163, 166, 169,
171, 172, 179, 180, 181, 182, 186, 189, 191, 194,
200, 201, 202, 207, 211, 212, 216, 219, 220, 221,
222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231,
233, 235, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247,
249, 252, 254, 260, 261, 262, 266, 271, 272, 273,

274, 275, 276, 278, 282, 284, 286, 289, 291, 292,
293, 294, 299, 301, 302, 305, 306, 310, 311, 312,
313, 314, 315, 321, 322, 324, 325, 326, 327, 328,
330, 331

corps biologique, 33

D

Dasein, 75, 87, 183, 186

déchéance, 19, 21, 30, 141, 162

dépendance, 46, 61, 109, 141, 154, 162, 248,
286, 296, 344, 347

désir mimétique, 21

déterminisme, 71, 72, 137

dévalorisé, dévalorisation, 15, 16, 287, 289, 324,
328, 347

dévoilement, 40, 212

devoir, 45, 71, 72, 101, 148, 151, 205, 209, 213,
214, 226, 313, 322

discipline, 82, 229, 230, 280, 331

E

eau, 25, 29, 31, 72, 107, 158, 169, 184, 194, 219,
220, 221, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 233, 234,
236, 248, 266, 269, 286, 355

écriture, 6, 16, 66, 115, 278, 280, 283, 294, 329,
330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 340,
342

effet Golem, 83

effondrement, 29, 30, 32, 43, 64, 109, 242, 318,
344

entéléchie, 52

équilibre, 8, 18, 32, 33, 47, 59, 61, 100, 111, 139,
245, 318

équité, 115, 156, 346

érotisme, 12, 189

espace, 10, 12, 20, 29, 33, 52, 54, 68, 79, 83, 88,
123, 146, 154, 156, 158, 162, 170, 172, 173, 175,

178, 179, 180, 181, 182, 184, 186, 187, 188, 196,
199, 200, 220, 226, 234, 235, 241, 244, 249, 258,
259, 260, 273, 275, 276, 280, 283, 288, 299, 302,
304, 306, 312, 317, 328, 332
espoir, 24, 52, 107, 108
essentialité, 50, 51, 53, 55, 90
étranger, 87, 148, 189, 194, 248, 298
être, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 24,
25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39,
40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52,
53, 54, 56, 59, 60, 62, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72,
73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 85, 87, 90, 91, 92, 93,
95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 105, 106, 108,
109, 110, 113, 114, 115, 117, 119, 123, 127, 129,
130, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 143, 145, 146,
147, 148, 150, 151, 152, 155, 158, 159, 160, 162,
163, 165, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175,
176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186,
188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198,
199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 210, 211, 212,
213, 214, 219, 221, 222, 223, 226, 227, 230, 234,
235, 236, 237, 240, 241, 243, 245, 247, 248, 249,
251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 260, 261, 262,
263, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 274, 275, 277,
279, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 291,
293, 294, 295, 296, 298, 300, 301, 302, 303, 305,
306, 307, 308, 309, 310, 312, 313, 314, 315, 317,
318, 322, 325, 329, 331, 332, 334, 335, 336, 337,
338, 341, 344, 346, 347, 348, 351, 352, 353, 355,
357, 362, 363, 364, 366
événement, 9, 22, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43,
44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56,
57, 58, 74, 75, 76, 77, 78, 82, 86, 145, 146, 183,
209, 373
Exil, 297
existence, 14, 19, 20, 21, 22, 32, 50, 55, 72, 73,
98, 106, 120, 136, 155, 156, 161, 176, 177, 183,
191, 219, 230, 235, 240, 242, 257, 260, 262, 263,

279, 299, 305, 311, 322, 325, 346, 356, 359
existential, 67
expérience, 7, 20, 21, 28, 29, 32, 35, 42, 48, 50,
59, 70, 73, 84, 85, 114, 133, 145, 180, 183, 243,
245, 251, 278, 337, 343, 344, 363
extériorité, 13, 90, 142, 264

F

fatigue, 60, 118, 143, 149, 168, 205, 221, 248,
252, 260, 261, 262, 276, 287, 316, 318, 319, 335,
359
faux-self, 317, 318
finitude, 68, 146, 179, 183, 185, 261, 312
fragilité, 7, 54, 90, 97, 112, 148, 279, 298, 324

G

geste, 11, 49, 68, 79, 83, 86, 134, 137, 153, 156,
184, 196, 200, 225, 226, 259, 262, 299, 329, 363
gestell, 210, 348
grâce, 19, 22, 26, 27, 66, 79, 82, 88, 102, 133,
137, 142, 155, 167, 183, 185, 190, 210, 218, 251,
259, 261, 263, 319, 327, 333, 339

H

habitat, 12, 123, 169, 171, 172, 175, 178
habiter, 20, 72, 117, 171, 172, 173, 178, 181,
198, 242, 243
hétéronomie, 38, 72
heuristique, 48, 49, 50, 149, 151, 152
honneur, 127, 220, 252, 299
honte, 20, 86, 89, 90, 91, 105, 371
horizontalité, 159, 162, 345
hostile, 11, 107, 137, 170
humilité, 26, 73
hybris, 24

I

inauthenticité, 87
indésirable, 9, 35, 43, 55, 56, 75, 77, 78, 82, 86,
210
intention, 96, 99, 146, 154, 156, 201, 224, 234,
247, 266, 328, 345
intentionnalité, 65, 69, 144, 145, 146, 147, 156
intérêt, 91, 202, 212, 213, 214, 287
intériorité, 13, 50, 142, 264
intimité, 12, 46, 112, 127, 181, 182, 183, 261,
299
intra-mondain, 42, 43, 44

K

Körper, 33, 189

L

lapidation, 21
Le haut, 239, 240
Le pont, 174, 175
leib, 34, 189, 313, 330
liberté, 10, 34, 51, 56, 71, 72, 73, 74, 79, 91, 142,
211, 240, 328
lit, 1, 11, 12, 13, 24, 25, 60, 62, 65, 67, 69, 70, 74,
79, 85, 89, 100, 115, 118, 120, 121, 123, 124,
125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 135,
136, 137, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147,
148, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 163,
164, 165, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177,
178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187,
188, 190, 192, 193, 195, 197, 198, 199, 200, 201,
202, 203, 204, 205, 208, 210, 212, 213, 215, 216,
224, 225, 233, 236, 237, 244, 245, 247, 248, 253,
257, 261, 276, 291, 298, 301, 305, 341, 346, 355,
358
logos, 201

M

main, 14, 37, 49, 82, 85, 100, 114, 130, 131, 135,
136, 137, 138, 147, 149, 153, 157, 160, 165, 176,
177, 184, 185, 190, 201, 204, 225, 228, 236, 239,
244, 245, 246, 247, 256, 257, 266, 267, 274, 281,
303, 304, 306, 311, 312, 313, 314, 355, 363
maison, 29, 120, 141, 172, 179, 194, 241, 254,
268, 317, 335, 353, 359, 362
maladie, 20, 21, 27, 31, 32, 33, 43, 47, 52, 57, 58,
59, 60, 72, 74, 77, 79, 82, 88, 89, 90, 108, 109,
112, 113, 114, 120, 151, 154, 161, 162, 163, 167,
174, 176, 180, 182, 191, 202, 203, 204, 221, 226,
227, 241, 244, 256, 261, 272, 274, 276, 278, 293,
298, 304, 308, 316, 324, 337, 339, 346
mécanique, 81, 96, 100, 101, 102, 109, 147, 172,
187, 189, 198, 211, 212, 221, 319, 342
miroir, 25, 69, 95, 151, 155, 233, 243, 263, 264,
265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274,
275, 307
monde, 7, 19, 31, 33, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44,
45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 64, 67,
69, 72, 73, 75, 77, 87, 88, 105, 115, 117, 123,
135, 137, 138, 141, 142, 145, 146, 147, 153, 157,
158, 161, 169, 173, 175, 179, 181, 184, 188, 200,
205, 209, 213, 219, 223, 226, 235, 239, 240, 246,
251, 255, 257, 259, 260, 263, 273, 278, 283, 284,
293, 298, 304, 305, 307, 312, 318, 319, 323, 324,
325, 329, 336, 352, 354, 360, 366
mort, 8, 12, 18, 19, 21, 27, 29, 54, 80, 87, 89, 90,
93, 101, 102, 105, 106, 114, 120, 123, 127, 159,
160, 162, 171, 174, 183, 184, 185, 186, 187, 189,
190, 199, 203, 209, 210, 220, 227, 238, 241, 242,
267, 268, 274, 275, 284, 295, 296, 302, 312, 323,
337, 344, 356
mortalité, 25, 54, 60, 90, 97, 186, 227, 262, 268,
324
mourir, 30, 36, 61, 63, 88, 105, 108, 114, 115,

146, 171, 175, 183, 185, 353, 359
mouvement, 18, 19, 36, 39, 41, 48, 49, 51, 52,
61, 65, 76, 79, 85, 87, 88, 98, 114, 131, 146, 147,
149, 162, 167, 192, 227, 238, 241, 247, 257, 260,
277, 284, 285, 313, 362, 363

N

naissance, 19, 38, 57, 88, 174, 187, 202, 220,
242, 255, 278, 302, 344
nature, 24, 28, 31, 33, 44, 51, 53, 54, 70, 71, 72,
84, 91, 98, 109, 117, 133, 135, 136, 141, 144,
160, 163, 170, 182, 191, 196, 203, 204, 212, 219,
222, 240, 242, 263, 266, 268, 281, 300
nécessaire, 10, 50, 51, 53, 56, 66, 82, 110, 127,
139, 182, 190, 201, 204, 223, 228, 234, 238, 254,
289, 298, 319, 328, 346
nécessité, 51, 53, 56, 71, 82, 141, 157, 175, 178,
296, 322, 323
négligence, 26, 62, 150, 281, 315, 318

O

obstination, 24, 59, 308
œuvre, 44, 110, 140, 141, 142, 161, 245
organisation, 43, 44, 58, 75, 77, 106, 114, 120,
195, 205, 284, 309, 320, 322, 323, 348

P

Panoptique, 169, 196, 332
paradigme scientifique, 45
parole, 10, 68, 149, 156, 160, 164, 224, 283,
284, 302, 334, 335, 336, 355
passibilité, 52
Patience, 107
patient, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 22, 24,
25, 32, 33, 42, 44, 45, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 65,
66, 67, 68, 69, 70, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 87,

88, 89, 90, 97, 99, 101, 102, 106, 107, 111, 113,
114, 115, 118, 120, 121, 130, 133, 135, 137, 138,
139, 140, 143, 145, 149, 150, 151, 152, 154, 155,
156, 157, 159, 160, 163, 164, 165, 169, 170, 173,
174, 175, 179, 180, 181, 184, 185, 187, 189, 191,
192, 193, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 208,
210, 211, 212, 216, 218, 224, 228, 238, 243, 250,
252, 255, 256, 257, 265, 270, 272, 273, 274, 275,
276, 280, 282, 286, 287, 288, 289, 294, 296, 297,
298, 299, 300, 301, 302, 303, 306, 308, 309, 310,
313, 314, 315, 316, 320, 321, 322, 324, 325, 330,
331, 332, 335, 336, 337, 338, 340, 345, 346
péché, 27, 28, 77, 87, 191, 219, 284
perceptions, 20
peur, 36, 48, 49, 61, 74, 97, 100, 149, 150, 151,
152, 209, 270, 274, 297, 298, 362, 363
phronimos, 206, 328
physis, 33
plainte, 26, 105, 315, 323, 330, 331, 336, 337,
360
plaisir, 21, 80, 98, 131, 136, 153, 163, 202, 220,
223, 252, 263, 276, 323
poiésis, 116, 300
pouvoir, 14, 15, 26, 33, 41, 44, 45, 52, 54, 56, 57,
63, 68, 73, 80, 81, 98, 105, 110, 116, 118, 125,
139, 144, 146, 150, 157, 160, 161, 164, 181, 183,
192, 194, 199, 205, 207, 209, 210, 211, 219, 224,
230, 236, 237, 259, 261, 266, 271, 273, 274, 275,
276, 283, 286, 288, 303, 312, 321, 324, 328, 333,
334, 335, 345
praxis, 116, 147, 299, 300, 304
prendre soin, 7, 87, 179, 205, 216, 234, 253, 305,
317
présence, 45, 74, 77, 81, 99, 108, 145, 146, 148,
150, 155, 156, 173, 175, 176, 194, 205, 209, 235,
236, 238, 250, 255, 301, 305, 307, 314, 323
privé, 12, 13, 110, 179, 181, 182, 188, 249, 273,
280, 302, 303, 306, 317

proches, 8, 21, 26, 29, 46, 101, 159, 186, 191,
192, 193, 194, 201, 202, 212, 262, 267, 272, 294,
318, 345, 346, 348
profession, 15, 62, 124, 252, 282, 284, 285, 292,
325
propre, 13, 15, 18, 19, 30, 39, 41, 42, 43, 49, 52,
54, 65, 76, 79, 80, 88, 95, 102, 108, 116, 118,
130, 133, 144, 155, 167, 170, 180, 185, 199, 219,
220, 225, 226, 227, 228, 229, 241, 244, 245, 248,
262, 265, 266, 268, 269, 270, 272, 288, 289, 291,
292, 293, 294, 295, 296, 298, 300, 306, 307, 310,
312, 319, 321, 322, 323, 328, 330, 347, 357
propreté, 14, 186, 193, 198, 218, 219, 223, 225,
226, 227, 228, 229, 230, 233, 245, 277, 295, 325,
329
protocole, 45, 85, 88, 207, 348
proximité, 12, 67, 148, 154, 189, 200, 256, 276,
294, 304, 307, 315
public, 13, 97, 99, 179, 182, 187, 188, 189, 205,
230, 233, 266, 286, 317

Q

quotidienneté, 7, 33, 45, 57, 86, 151, 336

R

réconfort, 13, 152, 164, 198, 341, 361
reconnaissance, 22, 39, 91, 116, 205, 249, 250,
251, 304, 324, 325, 346
regard, 28, 33, 45, 68, 69, 75, 76, 87, 89, 90, 91,
93, 96, 140, 142, 145, 146, 147, 164, 167, 183,
195, 197, 202, 223, 224, 226, 240, 248, 251, 256,
262, 266, 267, 269, 270, 271, 273, 289, 304, 307,
314, 337, 339
relation, 7, 13, 16, 34, 68, 114, 140, 141, 146,
147, 148, 155, 156, 157, 164, 166, 167, 173, 187,
188, 236, 239, 273, 274, 276, 280, 288, 301, 302,
305, 306, 307, 313, 314, 322, 329, 333, 345, 346

rencontre, 15, 23, 35, 44, 68, 146, 161, 163, 165,
176, 183, 184, 185, 200, 233, 234, 235, 236, 279,
304, 365

rentabilité, 82, 92, 175, 208, 301, 317

Res publica, 208

respect, 63, 68, 72, 75, 167, 188, 228, 288, 346

responsabilité, 16, 28, 38, 52, 80, 119, 148, 149,
150, 151, 204, 246, 249, 252, 322, 323

rire, 10, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 181

risques, 56, 57, 76, 82, 89, 193, 227

rivalités, 22, 128, 210

S

Sacré, 66, 190

Santé publique, 76

savoir, 14, 19, 73, 116, 133, 145, 154, 170, 173,
191, 202, 203, 268, 274, 279, 280, 289, 328, 329,
331, 333, 347

sécurité, 8, 60, 76, 77, 81, 98, 176, 298

servitude, 98, 141, 211, 226

silence, 35, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 115, 190, 237,
271, 293, 357

soi, 9, 14, 19, 24, 28, 32, 33, 34, 40, 44, 49, 51,
52, 53, 57, 64, 68, 69, 72, 75, 79, 87, 90, 91, 102,
124, 132, 136, 137, 145, 146, 149, 151, 155, 156,
158, 162, 163, 164, 165, 166, 170, 173, 177, 181,
186, 200, 203, 206, 207, 213, 214, 230, 249, 251,
263, 264, 267, 270, 271, 272, 273, 274, 297, 300,
305, 306, 314, 317, 318, 322, 324, 325, 326, 340,
345, 346, 347

soin, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 24, 25, 31, 32, 38,
41, 43, 56, 62, 63, 64, 67, 68, 75, 77, 78, 79, 80,
82, 83, 85, 93, 114, 115, 117, 131, 139, 142, 145,
148, 161, 163, 174, 180, 185, 199, 202, 228, 233,
234, 236, 237, 239, 243, 250, 251, 259, 272, 277,
280, 283, 286, 287, 288, 289, 292, 293, 295, 298,
300, 302, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 313, 314,

322, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 336, 338,
343, 347, 359
soin attentif, 6
soins palliatifs, 15, 209
solitude, 61, 71, 85, 99, 110, 123, 185, 198, 360
sollicitude, 151, 166, 203, 208, 237, 249, 276,
279, 315, 317, 322
souci, 9, 13, 40, 51, 52, 53, 65, 74, 125, 138, 151,
154, 205, 279, 295, 301, 311, 312, 322
souffrance, 13, 20, 24, 38, 61, 88, 93, 97, 102,
106, 109, 129, 140, 150, 174, 191, 193, 197, 198,
201, 204, 236, 238, 244, 255, 256, 263, 315, 317,
319, 321, 341
sujet, 8, 11, 13, 34, 42, 46, 52, 54, 58, 96, 109,
110, 116, 147, 183, 219, 222, 235, 249, 259, 272,
293, 306, 310, 317, 322

T

technique, 7, 14, 24, 25, 28, 32, 46, 57, 68, 75,
79, 89, 117, 118, 128, 131, 132, 154, 170, 198,
210, 212, 239, 254, 282, 286, 300, 324, 329, 337,
348
telos, 136, 152
temporalité, 21, 48, 86, 149, 257, 259, 260, 276,
283, 311
temps, 8, 14, 15, 20, 24, 25, 33, 34, 39, 40, 50,
54, 59, 62, 64, 66, 68, 69, 72, 74, 75, 80, 85, 87,
88, 90, 91, 92, 100, 105, 106, 107, 108, 110, 115,
120, 121, 123, 129, 132, 134, 139, 141, 143, 146,
147, 148, 155, 156, 163, 173, 174, 175, 177, 182,
183, 184, 186, 190, 191, 192, 200, 201, 203, 204,
223, 229, 230, 232, 233, 235, 237, 239, 243, 245,
253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262,

269, 272, 274, 275, 277, 280, 283, 287, 288, 289,
291, 294, 298, 299, 302, 304, 308, 310, 322, 323,
328, 330, 332, 335, 336, 338, 342, 352, 353, 356,
357, 364
toilette, 14, 15, 16, 62, 86, 101, 118, 133, 145,
217, 218, 220, 221, 225, 226, 228, 230, 231, 232,
233, 234, 238, 243, 255, 256, 259, 266, 274, 277,
278, 284, 286, 287, 288, 289, 291, 293, 296, 299,
301, 302, 306, 308, 309, 310, 311, 313, 315, 320,
323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 347, 358
tomber, 18, 21, 22, 25, 27, 29, 33, 36, 48, 55, 58,
59, 61, 69, 70, 76, 91, 94, 99, 110, 113, 182, 210,
344, 352, 362, 363, 364
Toucher, 302, 306
traçabilité, 26, 78, 330, 336
travail, 8, 9, 12, 13, 15, 19, 33, 35, 45, 65, 77, 78,
81, 83, 88, 89, 98, 108, 114, 115, 117, 129, 131,
135, 136, 137, 140, 141, 142, 148, 153, 163, 166,
180, 188, 199, 209, 210, 230, 239, 240, 243, 244,
247, 250, 251, 260, 274, 277, 280, 282, 284, 285,
286, 287, 289, 294, 295, 300, 311, 317, 318, 319,
320, 321, 322, 323, 326, 329, 334, 338, 342, 345,
352, 356, 359, 365

V

Vanité, 268
verticalité, 50, 149, 160, 162, 241, 345
visibilité, 40, 146
Vita activa, 140
Voilement, 40
vulnérabilité, 35, 58, 64, 68, 73, 90, 97, 127, 148,
151, 152, 164, 194, 235, 237, 249, 255, 279, 284,
298, 299, 301, 312, 315, 321, 322, 344

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	2
DEDICACE.....	4
REMERCIEMENTS.....	6
PREAMBULE	7
INTRODUCTION GENERALE	8
PREMIERE PARTIE.....	18
LORSQU'IL EST QUESTION DE CHUTE	18
CHAPITRE PREMIER – CHUTE ?	19
1. QUAND PARLONS-NOUS DE CHUTE ?	19
2. CHUTE INCARNATION.....	20
3. CHUTE INCARCERATION.....	21
4. CHUTE ESCARPEMENT.....	22
5. CHUTE DES NUES	23
6. CHUTE NOYADE	26
7. CHUTE COMME ACTE D'AMOUR.....	27
8. CHUTE COMME FAUTE	28
9. CHUTES EN CASCADES.....	30
10. CHUTE COMME MORT.....	30
11. CHUTE COMME CHAOS.....	31
CHAPITRE II – LA MALADIE COMME CHUTE.....	33
1. « QU'EST-CE QUI M'ARRIVE ? QU'AI-JE DONC FAIT ? ».....	33
2. TEMOIGNAGES	36
1. <i>Madame D.</i>	36
2. <i>Madame M.</i>	37

CHAPITRE III – ÉVÈNEMENT ?	39
1. ÉVÈNEMENT D’ETRE	39
2. VOILEMENT ET DEVOILEMENT D’ETRE	41
3. DE L’ÉVÈNEMENT <i>EVENEMENTIAL</i> A L’ÉVÈNEMENT <i>INTRA-MONDAIN</i>	43
4. À LA RENCONTRE DE L’ADVENANT	45
5. ÉVÈNEMENT EN SON ORIGINE	47
6. CHUTE HEURISTIQUE.....	49
7. « <i>ACCIDESCENTIALITE</i> » DE LA CHUTE	51
8. CHUTE ET NATURE DE L’ETRE.....	55
CHAPITRE IV – EVÈNEMENT INDESIRABLE	57
1. DE LA NECESSITE.....	57
2. ACCUEIL D’UN PATIENT AGE HOSPITALISE POUR CHUTE.....	59
3. UN CONFORT TROUBLE	60
4. SYNDROME DE POST-CHUTE	61
5. SYNDROME DE GLISSEMENT	63
CHAPITRE V – CHOIR DANS UN SERVICE DE SOIN	65
1. DE SILENCE	65
2. DE BAVARDAGE	69
3. UNE SORTE D’ANCRE	70
4. TOMBER DE SA HAUTEUR.....	71
5. EN CHAIR ET EN OS.....	75
6. ORGANISATION DESIRANTE ?	76
7. RISQUE « ZERO »	79
8. DE LA MASCARADE.....	81
9. LE CHUTEUR « FICHE »	83
10. TOUT COMME « L’HOMME QUI MARCHE »	85
11. DU DEVALEMENT	87
12. « LE CHUTER »	88
13. DE LA HONTE	91
CHAPITRE VI – DU RIRE DE LA CHUTE.....	95
1. COMIQUE GROTESQUE.....	95
2. COMIQUE ORDINAIRE	96

3. LE RIRE A BESOIN D'AUTRUI.....	99
4. ÉMOTION BATTUE EN BRECHE.....	100
5. ANESTHESIE DU COMIQUE	102
6. RAIDEUR MECANIQUE ET GRACE	103
CHAPITRE VII – ET CETTE ATTENTE.....	105
1. TRENTE-SIX HEURES PLUS TARD.....	105
2. DE L'ATTENTE ET DE SON IMPATIENCE	106
3. « JE NE VOIS PAS LE TEMPS PASSER ».....	107
4. PATIENCE DE L'ESPOIR	108
5. ATTENTE ET ESPOIR	109
CHAPITRE VIII – CHUTE ANNONCIATRICE	110
1. LA CHUTE SYMPTOME	110
2. LA CHUTE : UN APPEL.....	111
3. LA CHUTE-SORTIE.....	112
4. LA CHUTE SALUTAIRE	112
CHAPITRE IX – LE RE-LEVER.....	114
1. UNE CERTAINE VOLUPTÉ.....	114
2. CHUTE COMME GRAIN DE SABLE	115
3. PATIENT BIEN-A-LA-MAIN.....	115
4. TRAVAIL DE RE-LEVER	116
5. CHAIR DE NOS ACTIONS.....	118
6. TRANSFERT SOL-LIT	119
DEUXIÈME PARTIE	123
SOUCI DE LITS, LIT DE SOUCI.....	123
CHAPITRE X – UN PEU D'HISTOIRE	124
1. SOUVENIR	124
2. DE LA FOUGERE AU LIT	125
3. COUSSIN, TRAVERSIN	126
4. ET DRAP	127
5. PANIER D'OSIER ET LIT A BALDAQUIN	127
6. UN BIEN.....	128

7. UN MEUBLE	129
CHAPITRE XI – AVOIR LA MAIN	131
1. PLUS C’EST NEUF, ET PLUS C’EST RECHE	131
2. COMME LE POISSON-RENARD	133
3. LE RENARD ET LE POULPE	135
4. ET LE POUCE ?	136
5. « L’ESSENTIEL, C’EST QUE CE SOIT HARMONIEUX »	139
6. « MON MICKAËL »	141
7. COMME UNE PARTITION	142
CHAPITRE XII – DE L’ATTENTION	145
1. INVISIBLE	145
2. VISIBLE	147
3. QUELLE IDEE !	148
4. À TROIS	149
5. DE NOUVELLES LUNETTES ?	150
6. DES RIDELLES OU DES BARRIERES ?	152
CHAPITRE XIII – IL, TU, JE	154
1. NOTRE COIN AU CARRE	154
2. UN BINOME OU UN TRINOME ?	155
3. EN SON ENVOL	156
4. COMME DANS UN TERRIER	157
5. ET LA SONNETTE ?	158
CHAPITRE XIV – SANS CONTRADICTION AUCUNE	160
1. UNE PLANTE VERTE	160
2. SI VOUS ETES SAGE	161
3. « DES HORIZONTAUX »	162
4. PATIENT COUCHE, SOIGNANT DEBOUT	164
5. C’EST LORSQUE VOUS VOYEZ UN NEZ, DES YEUX, UN FRONT	165
6. SUPPLICE DE LA SOUCHE	166
CHAPITRE XV – DU LOGIS À L’HABITAT	170
1. « TECHNIQUE »	170

2. LOGER OU HABITER ?.....	172
3. SOIGNER, EST-CE HABITER ?.....	173
4. LE VIEUX PONT DE BOIS	175
5. COMME UN METIER A TISSER.....	177
CHAPITRE XVI – ESPACE PRIVE, ESPACE PUBLIC.....	180
1. UN COIN DU MONDE	180
2. « CONDENSATION DE L’ETRE ».....	182
3. LIVIDE.....	182
4. MOITIE MURS	184
5. MOITIE PORTE.....	187
6. QUEL GARNEMENT !.....	189
7. ARMANDE	192
CHAPITRE XVII – LE « PANOPTLIT ».....	197
1. LE FAUCHEUR	197
2. UNE VOITURE A MANIVELLE	199
3. COMME EN AMPHITHEATRE	202
4. « ELLE REVIENT TROP CHER. »	204
5. « RES PUBLICA »	209
6. FAIRE DES ACTES.....	213
TROISIEME PARTIE.....	218
UNE HISTOIRE DE TOILETTE.....	218
CHAPITRE XVIII – PETITE HISTOIRE DES USAGES DE LA TOILETTE, PRATIQUES, REPRESENTATIONS ET DISCOURS	219
1. D’UNE PRESCRIPTION A L’AUTRE	219
2. UN PEU DE PARFUM, DE POUDRE ET DE FARD	226
3. DU GESTE DE PROPRETE	227
4. DE LA PROPRETE POUR TRAITEMENT	228
5. DE LA PROPRETE COMME DISCIPLINE.....	230
CHAPITRE XIX – LA TOILETTE A L’HOPITAL.....	233
1. MADAME L.	233
2. UNE CURIEUSE RENCONTRE	234

3.	FAIRE LE BAS	237
4.	DE LA DELICATESSE.....	243
CHAPITRE XX. UNE HISTOIRE DE LIEN.....		247
1.	UNE HISTOIRE DE LIEN	247
2.	UN DRAP PROPRE ET USE.....	249
3.	UN GANT EN TISSU.....	250
4.	« CE A QUOI ON TEND EN TOUTE CIRCONSTANCE »	252
CHAPITRE XXI. UNE QUESTION DE TEMPS ?		255
1.	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ?.....	255
2.	LE TRAIN DE 8 H 30	257
3.	LE TEMPS D'UNE TOILETTE	260
4.	LES CHOSES DE LA NATURE	264
CHAPITRE XXII. PETITE HISTOIRE DE MIROIR		266
1.	DU MIROIR	266
2.	QUELQUE ILLUSION	268
3.	VANITE ET EXTROSPECTION.....	269
4.	POINT D'ANCRAGE	270
5.	SIMPLEMENT SE REGARDER.....	272
6.	DESAPPROPRIATION DU SUJET	273
7.	DEVERTICALISER LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE.....	274
8.	UNE ROUTINE ?.....	276
CHAPITRE XXIII.		279
TOILETTE ET HISTOIRE INFIRMIERE : UNE APPROCHE.....		279
1.	IL Y A BIEN LONGTEMPS... ..	279
2.	IGNORANTES D'ECRITURE ?.....	281
3.	« CE QUI EST FAIT EST ECRIT, CE QUI EST ECRIT EST FAIT ».....	284
4.	VERS UNE PROFESSIONNALISATION.....	285
5.	QUELQUES PAROLES DE SOIGNANTS	287
CHAPITRE XXIV. LE « SALE » POUR LE ROLE PROPRE.....		292
1.	LE PROPRE EST CE QUI EST SALE ?.....	292

2.	SANS TINTAMARRE.....	293
3.	QUELQUE RISQUE ?	295
4.	JUSTE UN SOUCI D'HYGIENE ?	296
CHAPITRE XXV. QUAND L'HOSPITALITÉ DEVIENT HOSTILITÉ.....		298
1.	UNE HISTOIRE D'ACCUEIL	298
2.	QUELQUE CHOSE D'UN TEMPS PASSE.....	300
3.	LE TACT.....	303
4.	SOURIRE A L'AUTRE	305
5.	ACCUEILLIR, C'EST RECEVOIR	308
CHAPITRE XXVI. FAIRE UNE TOILETTE OU BIEN FAIRE UNE PATIENTE ?		310
1.	« FAIRE UNE PATIENTE ».....	310
2.	ELLE, LE HAUT, ET NOUS, LE BAS	311
3.	N'INDUISON-NOUS PAS UNE SORTE DE SCHIZOPHRENIE ?.....	312
4.	SURTOUT NE PAS ETRE TOUCHE	313
5.	UN VRAI CALVAIRE !.....	316
CHAPITRE XXVII.		317
COMMENT LE BIEN PEUT-IL DEVENIR SON CONTRAIRE ?		317
1.	UNE QUESTION DE FATIGUE ?	317
2.	UN TRAVAIL A LA CHAINE.....	321
3.	UNE QUESTION DE RESPONSABILITE.....	323
4.	UNE CERTAINE INVISIBILITE	325
CHAPITRE XXVIII. UNE INTELLIGENCE PRATIQUE		328
1.	S'AGIRAIT-IL ENCORE DE METIS ?	328
2.	JE FAIS ET JE COCHE	330
3.	L'ORDINAIRE N'EST PAS LISIBLE	332
4.	UNE JUSTE MESURE.....	333
5.	ÉCRITURE HEURISTIQUE	337
6.	ET EN IFSI ?.....	339
7.	ET LE PATIENT ?.....	341
CONCLUSION		344

BIBLIOGRAPHIE	351
REFERENCES GENERALES	351
ŒUVRES, OUVRAGES ET ESSAIS	351
ARTICLES ET REVUES.....	358
CONFERENCES.....	359
THESE ET MEMOIRE	360
FILMOGRAPHIE.....	360
LOIS ET DECRETS.....	360
ANNEXE I.....	361
1. <i>Témoignage de Madame D.</i>	362
2. <i>Témoignage de Madame M.</i>	370
INDEX NOMINUM.....	374
INDEX RERUM	379
TABLE DES MATIERES.....	386