

Chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu
1 Parvis Notre-Dame 75004 Paris
Salle Marie Curie (B1, 3^{ème} étage)

Soin et Compassion : le sujet, l'institution hospitalière, et la Cité

Pauline Bégué, Zona Zaric

“Toutes les voix, fussent-elles discordantes, doivent être incorporées à une conversation pour constituer un monde. Face à tous les aspects d’une fragilité et d’une faiblesse communes, le moment du soin serait celui de toutes les ressources, elles aussi communes, comme si la destruction possible de chacun comme de tous avait pour répondant ce qui relance non seulement l’institution de tous, mais les créations de chacun.”¹

Le soin commence dans le fait d’être ainsi exposé à autrui, d’être exposé corps à corps, car *“c’est à ma vue, à mon oreille, à mes sens que se présente la détresse d’autrui.”*² Par la visée intentionnelle de la compassion orientée vers autrui, par le simple fait de se laisser instruire par ses affects, une relation de réciprocité peut s’engager.

Le soin consisterait alors en une relation entre deux individus, au sens où il vise le rétablissement même de relations que la maladie dénoue : relations du sujet à lui-même, à la société et au monde. Ce soin implique une écoute attentive puisée dans la conscience imaginaire et donnant vie à un principe éthique enraciné dans le destin humain commun. Selon Winnicott, la capacité de se *“livrer à des identifications croisées, se mettre à la place de l’autre, et permettre à l’autre d’en faire autant”*³ enrichirait considérablement les expériences humaines. *“C’est un signe de santé d’esprit de pouvoir pénétrer en imagination, avec exactitude dans les pensées, les sentiments, les espoirs, et les peurs de quelqu’un d’autre; mais aussi de permettre à cet autre de procéder pareillement pour nous”*⁴.

Il nous semble ainsi important de pouvoir lier *soin* et *compassion* en tant que le soin demande la transformation d’une expérience absurde et solitaire en une expérience compassionnelle, partagée et révélatrice de sens. L’expérience compassionnelle qui part de l’idée de *“souffrir avec”*, est ainsi transfigurée en projet positif : non seulement offrir de l’assistance pour réduire les souffrances de l’Autre, mais aussi agir pour construire un *vivre-ensemble* qui permettrait précisément de vivre des vies qui auront de la valeur. *Peut-il y avoir du soin sans compassion? Dans quelle mesure la*

¹ WORMS Frédéric, “Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité” in *Philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, sous la direction de Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms, PUF, 2010.

² ZIELINSKI Agata, *“La compassion, de l’affection à l’action”*, Etudes, 2009/1 tome 410, p.56.

³ WINNICOTT Donald Woods, *Cure*, in *Conversations ordinaires*, tr.fr. Paris, coll « Connaissance de l’inconscient », 2004. *A quel soin se fier? Conversations avec Winnicott*. Sous la direction de Claire Marin et Frédéric Worms, *Questions de soin*, PUF, Paris, 2015, p.1936, p.3132.

⁴ Ibid., p.31.

compassion est-elle soluble dans le soin? Peut-on penser une compassion qui n'épuiserait pas la sensibilité du soignant, qui ne s'abîmerait pas dans le soin compassionnel?

A travers ce séminaire, nous souhaitons nous interroger ensemble sur ce lien entre soin et compassion non seulement dans l'institution hospitalière, au cœur du "colloque singulier" mais aussi dans sa dimension cosmopolitique, de lien entre les hommes, entre citoyens. Ce séminaire se veut constituer un lieu d'interpénétration, non seulement en mettant en tension nos deux démarches qui prennent pour point de départ des sujets et des expériences différentes (expérience de sage-femme, expérience de juriste) mais aussi en tissant des liens entre différentes initiatives qui nous semblent aller vers ce même sens commun.

Le soin dans l'institution hospitalière au coeur du colloque singulier

Selon Canguilhem, "*la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine (...) a lieu dans l'oubli, en son sens freudien, du pouvoir de dédoublement propre au médecin qui lui permettrait de se projeter lui-même dans la situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise en réserve. Car il revient au médecin de se représenter qu'il est un malade potentiel et qu'il n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse.*"⁵ À l'hôpital, la subjectivité des malades est confrontée à celle des médecins qui ont chacun leur propre perception du soin et de la médecine en fonction de leurs expériences personnelles. "*Les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin*"⁶. L'exercice de la médecine semblerait se situer entre connaissance et relation, compétence et bienveillance, "*intelligence conceptuelle et compassion généreuse*"⁷. Dans un contexte de rentabilisation, et codification, où le pouvoir médical semble fragilisé, la clinique dénigrée, le patient de plus en plus objectivé, l'expérience de la maladie désavouée, les deux parties de la relation médecin-malade semblent évacuées de toute subjectivité. Ainsi dans une visée de réindividualisation du soin et d'une réflexion commune sur les deux côtés de la relation de soin, nous avons choisis de créer ce séminaire.

Nous nous intéressons à travers nos thèses aux récits d'expériences de la maladie chez des médecins, de "*médecins-malades*". Or, tout se passe comme si le *médecin-malade* s'emparait de cet espace conflictuel, de ce trait d'union entre deux rôles en apparente contradiction pour créer un mouvement, un agir autre. La maladie du médecin l'oblige en quelque sorte à repenser les principes et les valeurs de sa pratique. Cette inversion des rôles se manifeste dans un double mouvement, une double distanciation. Le premier mouvement est lié à l'expérience de la maladie dans le tremblement intime qu'elle produit. Expérience de conflit interne, de lutte avec Autrui, la maladie tumulte par

⁵ CANGUILHEM Georges, "*Puissance et limites de la rationalité en médecine*" (1978), in : *Etudes d'histoire et de la philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 1968, 7ème éd.:1994, p.409.

⁶ LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot,1986.

⁷ GAILLE Marie, FOUREUR Nicolas, « *L'humanité* », enjeu majeur de la relation médecin/patient. *Y'a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ?*, in *Philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Sous la direction de Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Jean-Christophe Mino, Frédéric Worms, PUF, 2010.

l'ébranlement du sens. Elle crée une rupture qui amène les médecins à une quête de sens sans limite puis un ressaisissement de leur histoire propre par un retournement vers l'autre, dans et par le soin. Le deuxième mouvement se réalise par un brouillage des places et des positions qui l'amène à se distinguer de son rôle de médecin en se confrontant à la place des autres. Il est une mise en éveil d'une réalité occultée. Il s'observe jouer les différents personnages par un dédoublement ou plutôt une complexification de soi, du soi. Et par cette expérience, cette multiplicité des regards, il devient un entre-deux productif, un passage conduisant à une tierce vision qui trouble, perturbe, interroge. Le *médecin-malade* nous semble être un traducteur privilégié permettant de rendre audible le vécu du malade et du patient aux autres médecins, en se positionnant comme un "*porte-parole impartial*". Cependant nous ne souhaitons pas penser que l'on doit commencer à devenir malade pour libérer une possibilité de projection vers l'avenir, vers l'autre mais souhaitons nous nourrir de ce retournement, de cette expérience presque "*idéal-typique*" pour penser différentes façons de pouvoir s'enseigner le soin, partager la compassion. Nous aimerions ainsi discuter des expériences de chacun (du quotidien des soignants et patients, aux entreprises de médecine narrative, de groupes de paroles.) afin de tenter de toujours lier la rationalité technique à la sensation.

Soin et cosmopolitique : envisager une politique de la compassion

L'expérience individuelle de la souffrance, de la limite, semble devenir le lieu d'un mode de philosopher nouveau, non étranger à l'utopie, en ce qu'elle permet de penser un avenir, comme quelque chose qui ne soit pas la répétition d'une désillusion, mais une ouverture, une scène polémique, une forme dialogique de la pensée, un dissensus, permettant de rendre compte de ce virage: un "*lâchez tout*" suivi aussitôt d'un appel à un nouvel investissement. Le soin se révèle être une dimension constitutive du sujet permettant de créer du « capacitaire » et révélant la puissance d'émergence de chacun. Dans quelle mesure cette inversion des rôles, cette expérience de la maladie chez le médecin permet non seulement de révéler la place de la compassion dans le soin, mais aussi de construire une réflexion sur un discours politique de la compassion ? Le *médecin-malade* donne une double visibilité à l'invisible, une matérialité à deux souffrances invisibilisées, dévoilant les violations intimes aux relations, violations qu'il vit en tant que patient et en tant que médecin. Il laisse apparaître et revendique la nécessité d'un double soin (des soignants et des patients), d'un soin pour tout le monde, d'un soin du monde. Ainsi, comment pouvons-nous tous ensemble participer à réinventer l'hôpital, à soigner les institutions dont nous sommes les sujets en mettant l'accent sur ce souci de soi, vraisemblablement source de décentrement et de souci des autres. Comment chacun peut-il prendre conscience de ses propres limites afin de se lier aux autres pour fabriquer un récit commun, un récit de soin?

Or, la politique est le domaine de ce discours commun, un discours à la fois individualisant mais toujours en lien. Dans ce cadre, nous souhaitons ainsi réfléchir aux possibilités d'un discours permettant à la compassion de se rendre "*éloquente*" et de se déployer au sein des relations sociales. Or les schémas dominants du politique sont fondés sur des lectures positivistes privilégiant la rationalité instrumentale et rejetant comme irrationnelles l'émotion et la subjectivité, en faveur d'un

regard d'objectivisation distanciée, ou sur des conceptions politiques réalistes, impliquant l'indépassabilité de conflit d'intérêts opposés. Nous tentons ainsi de mener une réflexion qui consisterait à extraire la compassion des émotions plurielles de la fureur du débat public en lui donnant un contenu politique du fait qu'elle fonde le raisonnement moral et le sentiment de responsabilité sociale qui a pour finalité le bien commun.

Dans notre volonté de faire parler (de) la compassion, nous souhaitons que ce séminaire soit un lieu d'échange, de lien et de discussion autour d'un intervenant, de nos travaux de recherches respectifs et des expériences de chacun. Nous désirons qu'il s'institue comme un lieu proprement politique en tant qu'il offre un espace de discussion sur le vivre ensemble indispensable à toute démocratie. L'hôpital est un "commons", un bien commun, un lieu de partage de toutes les connaissances nous permettant de défendre ce lien indispensable avec et pour les autres, avec et pour l'avenir. Tout l'enjeu de ce séminaire dans la chaire de philosophie est de participer à la construction d'un nouveau geste de soin, de tendre vers une approche holistique du soin, d'amener ce grand corpus des "humanités" à l'hôpital, dans les pratiques de soin et plus généralement dans tous les rapports au sein de la Cité.