

Pour une anthropologie du soin

Auteurs :

BLOND, Carmen, Directrice coordinatrice des instituts de formation du G.I.P.E.S. d'Avignon et du Pays de Vaucluse.

BLEIN, Georges, Docteur en Psychologie, Intervenant vacataire à L' I.F.S.I , psychologue en E.H.P.A.D.

Résumé

Depuis plusieurs années un groupe constitué de cadres de santé permanents de L'I.F.S.I., de la directrice, de psychologues, anthropologue et philosophe réfléchissent et débattent sur l'enseignement des soins infirmiers. Tant leur lecture que les travaux qu'ils mènent avec les étudiants les ont conduits à souligner la nécessité d'envisager le soin d'être ce que l'on fait plutôt que ce que l'on dit qu'on fait, et qui à ce titre engage une éthique. C'est ainsi que s'est constituée cette réflexion sur l'anthropologie du soin, ici présentée, pour fonder une analyse des pratiques (qui en aucun cas ne peut passer pour une évaluation des pratiques) clé de voûte de l'enseignement des soins infirmiers.

Mots clés

Soins infirmiers

Enseignements

Analyse des pratiques

Anthropologie du soin

Maladie(s) - malade

Individu – personne - sujet

A l'heure où la formation des infirmiers « s'universitarise », au risque d'échapper à la profession et à la responsabilité de ses engagements, la question de la spécificité du soin infirmier et de l'enseignement qui permet d'accéder à l'exercice de cet art devient un véritable enjeu. Le propos qui suit s'est enraciné d'une part dans des travaux d'observation menés par les étudiants en soins infirmiers de notre institut, et d'autre part dans la réflexion qui leur est associée, lors de séminaires mensuels réunissant des cadres de santé autour de ces questions du soin et son enseignement.

LES SOINS INFIRMIERS ET LEUR(S) OBJET(S)?

L'enseignement des soins infirmiers, à l'image sans doute de la pratique des soins infirmiers, n'est pas sans chercher son objet ; flou, incertain, mûri d'une multitude de discours, il pâtit à prendre forme et consistance, tout comme la profession censée le porter.

C'est de questions autour de cette incertitude que nous sont venues les observations et remarques que nous proposons ; et contenues déjà, pour autant que nous précisions la façon dont nous l'entendons, dans l'intitulé de l'unité d'enseignement *Psychologie – Sociologie – Anthropologie* destinée aux étudiants de première année, qui commande, pour y ajuster notre enseignement, les réflexions et travaux que nous présentons. Pour le dire en peu de mots, ou nous pensons que chacune des disciplines désignées dans l'intitulé ressortit à un espace épistémique susceptible de contribuer à la définition du soin, et nous nous engageons sur la voie de l'exposé de ces contenus psychologiques, sociologiques, anthropologiques, en leur positivité. En ce premier cas alors apparaissent dans le champ du soin toute sorte de nouvelles disciplines, ou sous-disciplines, des sciences humaines au gré des spécialités médicales qui naissent dans les affinements – à défaut de raffinements – technologiques ; ainsi par exemple de la psycho-oncologie, voire de la psycho-onco-gériatrie, ou autres : soins palliatifs, « alzheimer » (comme on ose dire aujourd'hui), sclérose latérale amyotrophique (SLA), sida, etc., pendant des « différentes techniques, le coaching, la programmation neurolinguistique (PNL), l'analyse transactionnelle (AT), et de multiples procédés attachés à une « école » ou à un « gourou » [qui] visent à une meilleure « maîtrise de soi », de ses émotions, [...] Tous ont pour objectif un renforcement du moi, [...] Tous ont leur histoire propre, leurs théories, leurs institutions correspondantes. Des points communs les réunissent [...] Leur premier aspect est de se présenter comme des savoirs psychologiques, possédant un lexique spécial, des auteurs de référence, des méthodologies particulières, des modes d'argumentation d'allure empirique et rationnelle. Leur second est de se présenter comme des techniques de transformation des individus utilisables en entreprise comme en dehors de l'entreprise, à partir d'un ensemble de principes de base »¹.

Ou alors – seconde possibilité – nous considérons que psychologie, sociologie d'une part, anthropologie d'autre part ne sont pas du même ordre ou sur le même plan, et qu'en conséquence, les enseignements des contenus en leur positivité ne présentent pas une garantie suffisante pour soutenir et en dégager le soin. Dans le contexte de cette distinction, et différenciation – ne pouvant

1 DARDOT, P., LAVAL, C., 2009. La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale. Éditions de La Découverte, 498 p.

considérer le malade comme le résultat non plus que le produit de sa maladie – l'anthropologie devient un champ épistémique englobant qui participe à une compréhension sans nulle possibilité de dédoublement, et qui engage sa pratique dans la lecture des pratiques, soignantes, avec ce qu'il en va de la maladie, du soin, du corps, etc., qui structurent ou ponctuent la vie des hommes. Dans cette perspective, faisant le choix de l'anthropologie, nous nous inscrivons dans des orientations où le recours à des champs épistémiques psychologique et sociologique, et aux problématiques qui s'y rencontrent, devant les questions que suscite le soin et tout particulièrement le soin infirmier déchiré entre un rôle prescrit et un rôle propre, le diagnostic médical, et un diagnostic infirmier qui singe le premier, confrontent à « l'exigence d'avoir à considérer le sens des phénomènes qu'étudient ces sciences, [et] de ne pas considérer les faits sociaux comme des choses »² (1998, p.16), non plus que les faits psychiques, voulons nous ajouter. D'autant que nous ne voyons pas que jamais aucune discipline ne parviendra à s'affranchir de son point aveugle ; ce qui au demeurant nous garantit et contre la clôture du savoir et contre la totalisation qu'il pourrait opérer. Plus loin D. Lecourt précise « si techniques et sophistiquées que soient les procédures scientifiques, ne supposent-elles pas l'élan d'une pensée qui risque ces certitudes pour déterminer à partir du déjà connu la part de l'inconnu qu'elle juge connaissable »³ (1998, p.17) ; en tout cas il nous semble que le soin, lui, en son effort thérapeutique ne cesse de soumettre le soignant à cette incertitude. Bien plus même, c'est cette incertitude qui l'organise ; au-delà le l'expertise médicale nécessaire de la maladie, ne peut manquer de surgir le malade en ces questions qui débordent la maladie, et qu'aucune expertise ne suffit à saisir, pour cette raison même que le tout de la maladie, pour autant que ce tout soit saisissable, ne peut être le tout du malade. En conséquence de quoi le soin est cette temporalité qui partant de la maladie mène vers le malade, sans être toujours sûr, hélas, de le rencontrer, et plus loin à l'individu en ces deux dimensions d'individuation et d'individualisation⁴, et après, vers la personne en ces identifications, et, mais là de plus en plus aléatoirement, au sujet en sa subjectivité – mais alors ailleurs, toujours ailleurs d'être visé comme tel – par définition irréductible du fait des assujettissements constitutifs de son histoire. Rappelons Canguilhem, G.⁵ pour qui « le singulier est seul parce que différent de tout autre, le singulier est seul parce que séparé. C'est le concept d'un être sans concept, qui n'étant que lui-même interdit toute autre attribution à lui que de lui-même. » Le soin, c'est sans doute aussi cette incertitude croissante dans son déroulement, à la mesure de ce

2 LECOURT, D., 1998. Après Foucault... In Forum Diderot. Les sciences humaines sont-elles des sciences de l'homme. P.U.F., p. 11-18.

3 Ibid

4 LEFÈVE, C., 2006. La philosophie du soin. In La matière et l'esprit, n°4 Médecine et philosophie p.25-34

5 CANGUILHEM, G., 1962. Du singulier et de la singularité en épistémologie biologique. In, 1975 (3e édition) Études d'histoire et de philosophie des sciences. Librairie Philosophique J. Vrin, p. 213-225

qu'il restaure et rend de liberté, de puissance d'agir et de capacité à normaliser – re-normaliser une existence aux allures contrariées jusqu'aux confins « des drames de son histoire »⁶, ou non. Le soin est ce possible cheminement, et qui à tout instant peut s'interrompre :

maladie ▶ malade ▶ individu ▶ personne ▶ sujet

durant lequel chacun des termes qui sert pour le dire tire sa valeur de celui qui le suit, et qui se faisant, voit croître l'incertitude de son assise devant un patient de plus en plus complexe (on comprend le malaise des soignants, et les médecins qui retournent à la maladie). Sauf de savoir cela, aucun autre savoir n'y changera rien ; et certainement pas celui d'une psychologie qui oublierait ou pire omettrait que « la nécessité de la catégorie de sujet suppose donc sa disjonction d'avec les notions de conscience, de présence à soi, et de cause libre de l'agir »⁷. La maladie n'est pas dans une éprouvette sur une paillasse.

POURQUOI UNE ANTHROPOLOGIE DU SOIN ?

Par quoi, donc, ou comment définir ou préciser ce que pourrait être une anthropologie du soin ; autre chose qu'une anthropologie de la maladie⁸ mettant à jour ce qui s'engage de savoirs, pratiques, croyances, représentations à propos de la maladie et à ses périphéries, dans le déroulement historique de son institution, et de sa conception, mais aussi de la place qu'ils occupent et prennent dans la société. Et peut-être y-a-t-il là les premiers signes – cette place dans la société de la maladie– voire, les premières raisons du dépliement d'une anthropologie du soin qui viendrait comme prendre le relais d'une anthropologie de la maladie qui ne suffit plus à la juste mesure de ce qui se joue dans et autour de la maladie dans l'actuel contexte de l'évolution, ces dernières décennies, de la médecine, et du lieu où principalement elle se repère, l'hôpital ; in fine donc, dans le contexte de l'évolution de ce qui fait le soin.

Il y a quelque temps maintenant, et sans doute depuis l'invention de la formation contemporaine⁹ du soignant à côté du médecin, c'est-à-dire depuis la fin du XIXe siècle, que ce soignant tente de prendre la parole. Il importe peut-être, il nous semble, d'en considérer les intonations. L'harmonie ne nous semble pas si juste qu'il peut paraître, que nous puissions laisser le chef d'orchestre tourner

6 CANGUILHEM, G., 1978. Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? In *Écrits sur la médecine*. Éditions du Seuil, (2002), p. 69-99.

7 GILLOT, P., 2009. Entre science et idéologie : Louis Althusser et la question du sujet. In CASSOU-NOGUÈS, P., GILLOT, P. *Le concept, le sujet et la science*. Cavallès, Cangulhiem, Foucault. Librairie Philosophique J. Vrin, p. 137-163

8 LAPLANTINE, F., 1986. *Anthropologie de la maladie*. Éditions Payot, 411 p.

9 BOURNEVILLE, 1880. *Laïcisation de l'Assistance Publique*. Doc B.N.F., LEROUX-HUGON, V. 1991. *La laïcisation des hôpitaux de Paris et la création des écoles d'infirmières*. In POIRIER, J., SIGNORET, J.-L., *De Bourneville à la sclérose tubéreuse. Un homme – une époque – une maladie*. Flammarion, p. 73-81

les pages de la partition ; il y a des couacs. Serait-ce à cause du trop grand nombre de chefs d'orchestre qui viennent dire, plutôt que lire, la partition ?

Parler d'anthropologie du soin, d'anthropologie à propos du soin, si c'est donc vouloir dire un certain nombre de choses le concernant, c'est surtout, puisque nous optons pour le terme d'*anthropologie* plutôt que pour ceux de *théorie(s) du soin*, ou de *science(s) du soin*, c'est surtout donc pour inventorier et retenir, réfléchir, et même infléchir, dans leur prise en compte et analyse, les différentes composantes qui le constituent et le structurent ; au-delà, bien au-delà donc de ce qu'il est possible de circonscrire dans l'acte, qualifié bien improprement si ce n'est idéologiquement, de technique, au sens de la technicité soit des moyens – les outils – soit du but à atteindre – l'hygiène, le pansement, la santé, la guérison, etc. Là encore, bien moins que les faits, il nous paraît que c'est le sens qu'ils revêtent dans les analyses, discours, et sur le terrain, qui compte.

Une anthropologie pour retenir, réfléchir... les composantes qui le structurent, le soin, qui ne nous paraissent pas pouvoir être saisies hors l'analyse des pratiques et des discours qui les entourent – discours enseignant, mais aussi médical, administratif, infirmier, mais encore tout-venant, et aussi discours des malades.

Il nous semble que l'anthropologie, la nécessité qu'à nos yeux elle présente (pour l'analyse) tient à cette obligation du terrain quant aux soins, obligation que fait le terrain dans la mesure même où le soin n'est rien d'autre que ce que l'on fait quand on soigne, et tant pis pour la tautologie. Le soin est cet impératif qui commande tel et tel geste, tel et tel acte, y compris quand il est manqué. Il n'est pas ce qu'on dit qu'on va faire, mais bien ce qu'on fait, face à la souffrance, jamais bien loin de la maladie, dans ce paradoxe de ne pouvoir cependant, soignant confronté à elle, la ressaisir. Faut-il le rappeler, « la souffrance renvoie le sujet qui l'éprouve à son fantasme et à ce qui constitue ce fantasme, c'est-à-dire à sa propre histoire et au discours qu'il (le sujet) peut tenir sur son histoire », voilà pourquoi « il y a un seul discours qui se tienne sur la souffrance, et c'est celui de la personne qui l'éprouve »(p. 151)¹⁰. Ajoutons pour le préciser, c'est là pour nous le noeud de cette problématique soignante, si derrière la maladie il y a toujours un malade, cette même maladie au coeur du soin, portée donc par le malade, ne manque jamais de faire surgir les questions du sujet et des normes, et jusque dans la mort via les proches.

10 CLAVREUL, J., 1978. L'ordre médical. Éditions du Seuil, 284 p.

L'ANALYSE DES PRATIQUES : UNE NÉCESSITÉ

Il nous faut donc souligner que cette analyse des pratiques (tout autre que l'évaluation des pratiques) tient aussi son obligation, dans le parcours qui mène de la maladie au malade, et plus loin, au fait que si la maladie, ainsi que nous l'avons souligné, n'est pas le tout du malade et s'ouvre à l'incertitude de ce dernier, la connaissance de la maladie – l'expertise médicale – en conséquence n'est pas toute la connaissance nécessaire pour soigner le malade ; qu'on ne peut donc penser pouvoir soigner sans apprendre, dans le soin, du malade à qui s'adresse le soin, connaissance dont par définition on ne dispose pas avant le soin. C'est là la raison essentielle de cette analyse des pratiques que de devoir et permettre d' apprendre de et dans ce qu'elle fait, soigner. A défaut de tout connaître, il y a à reconnaître, et à composer une partition jamais déjà écrite, et qui ne peut l'être sans le patient. A ce titre le soin est invention, et peut-être création! Est-ce d'agir dans le creuset de la vie, laquelle, C. Bernard ne put s'interdire de la définir : « c'est la création »¹¹?

Malgré les prétentions, nombreuses, nous ne voyons pas qu'il y ait une, ni des théorie(s) du soin, au sens où la science développe ses théories. Au lieu et place des supposées théories, nous repérons plutôt des discours¹², très idéologiques, dans la mesure même de l'ignorance de ce qui les produit. C'est là pour nous une première raison nécessaire, d'opter pour une anthropologie, que de chercher les déterminants de ces discours dans l'histoire des pratiques plutôt que dans l'objet désigné par ses discours, le soin.

Une anthropologie donc parce que si la maladie peut être l'objet d'une expertise, le malade et le soin ne peuvent, eux, se laisser re-saisir dans une expertise ; et que les discours qui les disent, dans cet optique, méritent d'être l'objet de l'analyse de leur conditions de production. Plus fondamentalement, ou plus radicalement, cela revient à dire que ce n'est pas dans un savoir, ou dans l'exclusivité d'un savoir que le soin peut se résoudre.

En outre cette anthropologie se justifie aussi du fait que le soin et la médecine qui l'enclasse et dans laquelle il s'inscrit sont des faits culturels, historiques, – et même historicisés – tout comme au demeurant la science, et qu'en tant que tels, ils intéressent et disent quelque chose de l'activité humaine telle qu'elle s'institue dans et à travers ces modalités. Le comment du soin de toute société dit bien plus que le soin, d'être ainsi produit par telle ou telle société.

11 BERNARD, C., 1856. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Éditions P. Beltond (1966), 378 p.

12 MALMONTET, P., 2009. « Sciences infirmière » ou « science appliquée »? Quelle proximité avec le modèle épistémologique de la « médecine scientifique ». master professionnel Éducation et formation, Université de Provence, Aix-Marseille 1.

QUELLE SPÉCIFICITÉ DU SOIN INFIRMIER?

Dans ce même ordre d'idées, le choix de l'anthropologie se voit justifié parce que les seules disciplines psychologique et sociologique, à les croire propices à parler du soin, ne peuvent alors éviter l'écueil de l'expertise, et servir des contenus dont on pourrait croire qu'ils peuvent fonctionner à vide – in abstracto – pour dire le soin. Penser qu'il y a une nécessité psychologique ou sociologique pour le soin est une appréciation dont l'anthropologie a à discuter le bien fondé. Ainsi, parlant de la qualité de vie, G. Vallancien, croit pouvoir affirmer « Les sciences humaines et sociales sont beaucoup trop absentes du domaine de la santé alors qu'il existe un besoin criant. Notre réflexion en la matière est inexistante, et nous ne possédons aucun instrument de mesure »¹³, et T. Tursz, dans le même ouvrage de renchérir « La recherche en psychologie ou en sociologie liée au cancer est proche de zéro. Un peu de théorie, aucune pratique. Dans les pays anglo-saxons ou scandinaves, c'est tout différent »¹⁴. Quand la médecine convoque psychologie et sociologie c'est, on le voit, pour les dresser sur le modèle épistémologique d'une bio-médecine¹⁵, et les orienter en direction d'un malade que la maladie produirait, ou encore l'âge, ou encore la fin de vie, etc. Quand la médecine convoque la psychologie c'est paradoxalement et finalement pour un peu mieux défaire le sujet, et le faire disparaître, corps et parole ; c'est en fin de compte à une autre anesthésie qu'elle prépare et confectionne.

L'anthropologie nous paraît ainsi d'autant mieux se justifier, contre toute ces entreprises réductionnistes, ou expertises que dans le soin telle que la société l'organise, il y va de ce que la société dit et pense de la souffrance, de la maladie, de l'infirmité, du handicap, de la chronicité, du normal et du pathologique, de la mort...

Pour Augé et Colleyn (p.12) « C. Lévi-Strauss a introduit en France l'usage anglo-saxon du terme « anthropologie » en tant qu'étude des êtres humains sous tous leurs aspects »¹⁶, même si nous pouvons nous demander ce qu'est ce *tous*, on comprend que ce dont il est question ne sera pas saisi, ni compris sous les traits d'une seule variable, mais qu'au contraire il s'agira de déployer une compréhension la plus large possible d'une réalité d'un fait humain qui prend des formes différentes, et qui est aussi un fait dans lequel se cristallisent des données humaines.

Anthropologie aussi parce que le soin n'est pas un fait individuel quand bien même il doit viser la

13 DAVANT, J.-P., TURSZ, T., VALLANCIEN, G. BONCENNE, P., 2003. La révolution médicale. Éditions du Seuil, 213 p.

14 Ibid.

15 DUBAS, F., 2004. La médecine et la question du sujet. Enjeux éthiques et économiques. Les Belles Lettres, 283 p.

16 AUGÉ, M., COLLEYN, J.-P., 2004. L'anthropologie. P.U.F., 127 p.

singularité de celui à qui il s'adresse, tout comme la maladie n'est pas non plus un fait individuel, mais qu'ils prennent place et surtout sens, l'un et l'autre, d'être des faits sociaux. Le soin engage des conceptions de la maladie, de la souffrance, de la mort, du corps, du fait psychique qui sont socialement et historiquement déterminées, scientifiquement et idéologiquement construites, tout comme il engage des questions politiques, sans doute du fait d'être collectif .

Concluons, « pour un anthropologue, le choix de l'objet de recherche et la méthodologie adoptée impliquent un certain enracinement dans un environnement donné (le terrain) (*là ou pour nous peut se jouer l'analyse des pratiques*) mais, en même temps, l'enquête ne peut se réduire aux relations interpersonnelles *in situ*. Celle-ci, en effet, trouvent, au-delà du point de vue interne un second niveau d'explication dans l'étude des déterminations externes : les contraintes d'ordre géographique, démographique, économique, historique, politique, institutionnel, etc. La description minutieuse des comportements humains dans leurs contexte historique et culturel, d'une part, la comparaison avec d'autres formes dans le temps et dans l'espace, d'autre part, fondent la capacité d'analyse propre à l'anthropologie »¹⁷ (p. 20).

En plus de ce qu'il est pour celui à qui il s'adresse et qui demande soin pour soulager une souffrance venue troubler le cours régulier des choses ordinaires de la vie, le soin déborde de toute part cet ordinaire ; à ce titre, mais aussi à celui d'améliorer ce qui se nomme offre de soins, il mérite une anthropologie dans la mesure même où il produit, renforce et connaît nombre de contradictions. Ainsi rejoue-t-il sur sa scène le féminin – le masculin, le corps – l'esprit, le religieux – le laïque, le bien – le mal, le collectif – l'individuel, mais aussi la superstition, la ritualisation, la science, la mort, etc.

17 Ibid