

Science, affectivité et singularité dans la relation de soins
Science, affectivity and singularity in the care relationship
Ciencia, afectividad y singularidad en la relación de cuidados

André Petitat

Numéro 28 (68), automne 1992

Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1033811ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033811ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Petit, A. (1992). Science, affectivité et singularité dans la relation de soins. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (28), 139–150. <https://doi.org/10.7202/1033811ar>

Résumé de l'article

Cet article examine les aspects relationnels et affectifs des soins, en contexte bureaucratique et technico-scientifique. L'analyse d'un protocole de toucher affectif applicable à des vieillards déficients, de l'expérience d'un patient sous respirateur et de la douleur comme réalité subjective aboutit à la distinction entre trois formes de singularité : celle proposée par la science — capable par exemple d'identifier notre unicité génétique —, celle qui résulte de nos interrelations avec notre entourage et celle enfin qui correspond à la perception la plus subjective de soi et du monde. Ces trois variantes de notre identité, qui coexistent en chacun de nous et renvoient à autant de vérités distinctes, sont hétérogènes et irréductibles. Les organisations et les techniques négligent l'autonomie des niveaux subjectifs et intersubjectifs; la recherche scientifique devrait elle-même veiller à maintenir l'équilibre d'une complexité qui la dépasse.

Science, affectivité et singularité dans la relation de soins ¹

André Petitat

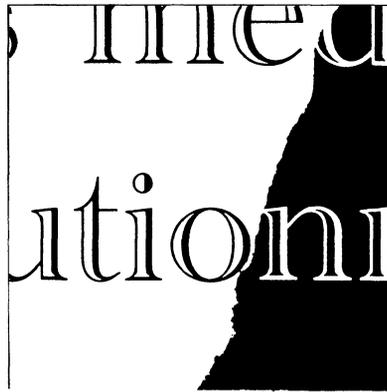
D'innombrables lois scientifiques et procédés techniques, de multiples dispositifs organisationnels sont déployés autour du malade et de sa maladie. Les aspects les plus privés de la personne, son anxiété, sa souffrance, ses espoirs, font l'objet d'études scientifiques, de stratégies comportementales ou médicamenteuses (Strauss et autres, 1985). Assurances, État, soignants, laboratoires et industries, conjuguant leurs efforts, ont érigé un système aux mille facettes contre la maladie et la mort.

La voie la plus couramment empruntée pour recomposer l'unité d'un homme décomposé en d'innombrables aspects spécialisés est celle de l'interdisciplinarité. Dans le même sens, on parlera d'un être bio-psycho-social, en recousant les scintillantes divisions des savoirs et des techni-

ques (Petitat, 1989). Batteries de tests et de machines, batteries de points de vue, batteries de spécialistes : la singularité de la personne semble surgir dans l'entrecroisement de rayons concentriquement dirigés sur un sujet ; elle est comme l'hologramme sur-réel de lumières convergentes.

En analysant certains rapports de soins dans leurs dimensions surtout affectives, je voudrais montrer comment cette activité de décomposition-recomposition scientifique rate le noyau central de la singularité d'une personne. Avec la meilleure volonté du monde, elle veut épuiser une réalité, mais le haut degré d'universalité auquel elle se situe transforme ce qui appartient à des universalités et à des vérités de degrés moindres en une sorte de trou noir recouvert d'une aveuglante lumière.

Cet article concerne surtout ce que le monde anglophone désigne par le terme *care*, par opposition au mot *cure*. Cette notion recouvre en gros le relationnel et l'affectif dans un rapport de soins. Elle est traditionnellement présentée comme impliquant certaines valeurs et sentiments : l'attention à l'autre (dont on se soucie, s'inquiète), l'engagement (fait de se sentir concerné, intéressé), le respect (qui consiste à tenir compte du patient, à être déférent), et enfin l'affection (tendresse, douceur, maternage). Ce programme du *care*, on ne le sait que trop, est un véritable défi dans les grandes organisations hospitalières, qui imposent des normes standards en matière de temps (horaires, rotations, temps partiel, cadences), d'espace (déplacements, confinement ou promiscuité), de dépendance hiérarchique (degrés



140

variables d'autonomie), de transmission de l'information (écritures, formulaires) et d'exécution des actes eux-mêmes (protocolarisation). Mon souci, dans les pages qui suivent, est moins de vérifier le degré de réalisation de ce programme que de m'interroger sur la structure du rapport à autrui dans des contextes à la fois technico-scientifiques et hautement institutionnalisés.

Dans un premier temps, un rappel historique remet en mémoire les présupposés de la relation chrétienne au malade, afin de mieux faire apparaître, par contraste, les présupposés de la science et des dispositifs institutionnels standards. L'analyse d'un protocole de toucher affectif pour vieillards déficients, de l'expérience d'un patient sous respirateur et de l'approche subjective de la douleur fournissent un éclairage sur quelques aspects de la singularité étagée d'un rapport de soins. Ces éléments sont ensuite réunis dans une construction hypothétique plus systématique, d'où dérivent deux propositions générales concernant le rapport au malade et à la maladie.

Le *care* chrétien : unité et solidarité hors du monde

Restons-en aux grands principes. L'âme chrétienne consiste en une entité immatérielle divine, une présence de Dieu dans l'hom-

me. Cette entité est là dès la conception d'un être humain, et lui survit à sa mort. Elle est à la fois principe d'unité de chaque personne et principe de solidarité par participation à un universel divin. Chaque âme — aucune ne retourne jamais au néant — est investie d'une singularité absolue, qui se suffit à elle-même, en dehors de l'autre, taillée elle aussi dans l'étoffe divine, hors du temps. Les âmes forment une suite discrète, au sens d'unités distinctes. Nous avons là une définition religieuse de la *singularité absolue* (Dumont, 1984; Levin, 1979).

Cette singularité hors du monde et hors comparaison commande la véritable rencontre de l'autre, sur le mode de la communion dans un principe divin commun. L'amour du prochain est amour de l'autre en Jésus-Christ. La singularité unitaire hors du monde se maintient, idéalement, dans le niveau interactif. Enfin, ces deux niveaux sont hiérarchiquement intégrés dans la transcendance divine et dans l'institution ecclésiale qui s'en fait l'interprète légitime.

Le sens chrétien de la souffrance s'enracine dans cette hiérarchie. La souffrance s'impose comme un devoir de réparation pour ses propres péchés et pour les péchés du monde, car la justice exige la réparation des offen-

ses faites à Dieu. Jésus-Christ, Dieu fait homme, incarne cette souffrance rédemptrice, qui implique aussi le renoncement à soi, aux plaisirs et aux biens de ce monde.

Pour notre propos, il est important de retenir que le détour symbolique par le divin permet de fonder l'identité et les interactions hors du monde et de maintenir ainsi l'individualité de chacun dans une hiérarchie intégrée et contraignante, où le renoncement à soi, le pardon et l'amour de l'autre sont exaltés comme moyens de retrouver la nature transcendante de chacun.

Évidemment, tout ceci est de l'ordre de l'idéal. Pour comprendre la réalité, le christianisme recourt au mélange du Bien et du Mal. Le Mal, la faiblesse humaine, hantent ce monde, détournent la cité des hommes de la cité de Dieu, substituent la haine à l'amour, l'appât du gain au détachement, la recherche du pouvoir et des honneurs à l'humilité, la vengeance au pardon.

Sans être complètement absente aujourd'hui, la relation chrétienne de soins a perdu son caractère de système vivant dominant, porté par des milliers de congréganistes et de fidèles. L'inflation des sciences et des techniques, des hôpitaux et de la solidarité assurantielle, de la consommation plurielle et hédoniste a déplacé le centre de gravité du rapport à autrui, obscurcissant le ciel divin par un ciel que l'on sait de fabrication humaine, affaiblissant la fondation hors du monde en faveur d'une autoconstruction des références de la solidarité et de la singularité.

Science, technique et relation de soins

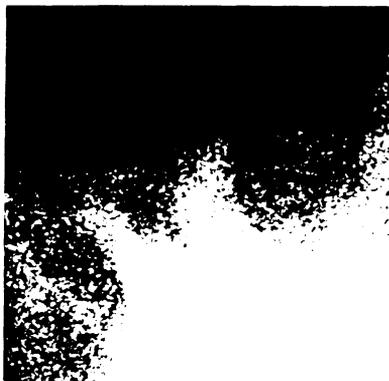
La prolifération des sciences et des techniques forme un nouvel horizon fait de logiques où

prédominant le comment, l'efficacité, l'expérience, les distributions et corrélations statistiques. Le questionnement central de la technoscience médicale prend la forme « si... alors... » : telle maladie, dans telles conditions générales, appelle une thérapie de tel type, avec des taux de réussite de X %. Les corrélations entre variables — âge, poids, tension artérielle, sucre, cholestérol, électrolytes et autres — tissent les multiples coordonnées auxquelles sont rapportés les cas particuliers. La singularité scientifique loge à l'entrecroisement de réseaux serrés de rapports entre variables multiples. Elle est un point ou plutôt une configuration originale de points dans un espace multidimensionnel. Cette singularité *statistico-légale* implique la construction d'un réseau enchevêtré de coordonnées normalisées, universelles ; elle implique aussi la mesure des distances aux normes statistiques et la connaissance — statistique elle aussi — des conséquences, afin d'en inférer un diagnostic et un traitement appropriés.

Sans disparaître complètement, la vision chrétienne cède le pas devant ce nouvel univers de représentations, univers tellement dense qu'il absorbe les esprits et estompe l'interrogation sur les dimensions transcendantes. L'universalité scientifique de la nature humaine est de nature statistique ; elle se joue dans la reproduction et la modification statistiques de l'espèce biologique et des sociétés. La singularité scientifique, comme originalité mesurée, se détache dans l'entrecroisement d'une pluralité de lois hétérogènes. Chacun de nous est un cas statistique unique dans la bigarrure de la complexité, non pas un découpage unique dans une étoffe divine située hors du monde. Qui plus est, cette singula-

rité est doublement historique, doublement marquée du sceau de la finitude : par la position momentanée de l'individu et par le côté toujours provisoire des coordonnées scientifiques de référence.

La puissance humaine, les grandes victoires de la médecine campent dans le relativisme et le provisoire. La faiblesse technologique et scientifique s'alliait au contraire à l'absolu et à l'éternité ; le détour transcendantal fondait sur l'âme divine le rapport à l'autre et la totalité sociale hiérarchique. Nous nous sommes détournés de cette forme d'intégration perçue comme totalitaire, en refoulant la religion dans le privé. Les cérémonies religieuses ont quitté les hôpitaux. Elles ne hantent plus les représentations des infirmières, des patients et des médecins. L'autre comme frère ou sœur — car participant de la même nature divine — est estompé par une originalité *statistico-légale*. Comment cette nouvelle singularité scientifique objective peut-elle fonder les dimensions affectives de la relation de soins ? Pour répondre à cette interrogation centrale, prenons un exemple de scientification du *care*.



Un protocole du toucher affectif pour vieillards

Dans les unités de gériatrie, des vieillards plus ou moins séniles se mettent parfois à crier sans

raison évidente, ce qui dérange le personnel soignant et les autres patients (Personne, 1991). Plusieurs voies s'offrent : la réprimande, les tranquillisants, le port de protecteurs contre le bruit, le confinement dans une pièce insonorisée, ou encore la mise au point d'approches individualisées. Un article paru dans *L'Infirmière canadienne* (Saulnier, 1989) propose une autre voie, celle du *toucher affectif*, un toucher protocolarisé, fondé sur des observations. L'auteure fait le bilan des hypothèses émises pour expliquer les cris — insécurité, crainte de la solitude, isolement, désorientation, incapacité de communiquer la douleur, besoin d'affirmer son existence, manque de stimulation — et propose une approche originale résumée dans un protocole fort précis que je reproduis intégralement (tableau 1).

Ce protocole comporte des aspects très standards et des aspects très personnalisés. Ce contraste fait précisément son intérêt. J'ai soumis cette description à plusieurs groupes d'étudiant-e-s, afin de tester si mon malaise était partagé. Les réactions sont de plusieurs types. Certains ne voient que l'institutionnalisation d'une relation affective doublée d'une caresse et y lisent un progrès de la personnalisation ; d'autres ne voient que la commande protocolarisée de ce qui devrait rester spontané pour être authentique ; certains enfin dénoncent un progrès de l'approche inhumaine et dépersonnalisante des bureaucraties scientifiques. Analysons plus en détail la situation.

À en juger par la thérapie envisagée, l'auteure retient, parmi toutes les hypothèses sur les cris répétitifs des vieillards, celles qui se rapportent à la désorientation, au défaut de stimulation, au

manque de reconnaissance de l'identité, à l'excès de solitude, d'insécurité et de dépersonnalisation. Les corrélations statistiques appuyant ces rapports de causalité sont faibles ou inexistantes, mais la démarche de l'auteure les suppose d'entrée de jeu. Le toucher affectif est une réponse à un faisceau de causes hypothétiques expliquant les cris répétitifs, c'est-à-dire une conduite singulière type, aisément identifiable.

Le toucher affectif vise à pallier certaines carences relationnelles, affectives et identitaires en standardisant le recours à un schéma de relations intimistes. Si donner la main est relativement conventionnel, tenir la main signifie déjà que l'on tient particulièrement à quelqu'un, tandis que les caresses au visage sont le privilège des proches, du conjoint et des enfants. Ces gestes sont associés à des sentiments de tendresse et d'affection, c'est-à-dire à une authenticité et à une spontanéité qui ne supportent pas la standardisation. Commander à une infirmière de joindre aux gestes de l'affectueuse tendresse les sentiments qui normalement l'accompagnent, cela revient à lui intimer un ordre paradoxal: « Sois spontanée! ». La spontanéité et l'authenticité n'existent pas sur commande.

En figeant dans la répétition standardisée un geste affectueux,

Tableau 1 — Description de l'intervention de toucher affectif

Durée : 10 minutes par intervention

Fréquence : 10 interventions par personne âgée (maximum : 2 fois par jour)

<i>Symboles</i>	<i>Étapes de l'intervention</i>	
—	1.	L'infirmière s'approche de la personne âgée qui crie
—	2.	Elle nomme la personne âgée, puis se nomme
—	3.	L'infirmière s'assoit
Durée	4.	Une main de l'infirmière est constamment en contact avec la personne âgée durant les dix minutes de la rencontre
PIL	5.	Elle débute la séance de toucher affectif en prenant fermement une des mains du bénéficiaire (membre fonctionnel)
PIL	6.	L'autre main de l'infirmière se place doucement par la suite sur le dessus de la main qui est prise, puis sur l'avant-bras et l'épaule
PIL	7.	L'infirmière caresse délicatement la figure du sujet âgé puis redépose sa main sur l'épaule, l'avant-bras et la main prise au début de la séance
ILP	8.	L'infirmière exerce plus ou moins de pression sur les parties du corps touchées, selon les réactions de la personne âgée
—	9.	L'infirmière limite la communication verbale à répéter à intervalles réguliers le nom de la personne âgée et la phrase : « Je demeure avec vous »
PIL	10.	Avant de terminer la séance de toucher affectif, elle serre amicalement la main de la personne âgée et dit : « au revoir » en nommant la personne
<i>Définition opérationnelle de quatre symboles du toucher énoncés par Weiss (1979)</i>		
<i>Symbole tactile</i>	<i>Définition opérationnelle</i>	
D = durée	Le temps en minutes du début à la fin du contact tactile	
L = localisation	Le nombre de régions corporelles touchées, la sensibilité au toucher et la distance entre les parties du corps touchées et le tronc	
P = progression	Approche progressive relativement à l'intensité du toucher et au nombre de régions corporelles touchées	
I = intensité	Degré de pression du toucher exercé sur une surface corporelle	

elle le vide de son contenu pour n'en retenir que la coquille. Nous avons tous fait l'expérience d'une caresse machinale ou hypocrite. La standardisation systématise ce divorce, détache le geste d'une interaction vivante. Le geste protocolaire est là pour évoquer la tendresse, mais il n'en est pas le véhicule. L'infirmière sympathique peut rendre la simulation plus vraie, habiter son protocole, augmenter sa puissance évocatrice, elle ne peut combler le fossé entre un vrai rapport de

tendresse et son substitut standard. On ne saurait d'ailleurs l'exiger d'elle : en devenant l'amie de ses patients elle trahirait les normes de sa profession.

Dans ce protocole, deux niveaux sont parfaitement visibles : celui de la saisie de la singularité scientifique du vieillard qui crie, et celui de la reconnaissance identitaire dans une relation interpersonnelle. Le protocole, au niveau scientifique, institue une compensation pour le vieillard en question et ceux qui présentent le

même profil. Cette compensation ne fait malheureusement que simuler, ou plutôt singer, ce qui se passe au niveau interpersonnel. Peut-elle faire mieux ? Je ne le pense pas. Au contraire, l'hypothèse la plus probable est celle de l'existence d'un fossé insurmontable entre le niveau scientifico-institutionnel et le niveau interpersonnel. Le geste protocolarisé ne sera affectivement habité que dans la mesure où le scientifico-institutionnel abrite, à côté de sa logique propre, une autonomie relationnelle entre soignants et soignés, situation heureusement assez courante ².

Revenons un court instant à notre exemple de protocolarisation de la dimension affective du rapport de soins, pour faire apparaître un autre aspect. La solution proposée semble impraticable auprès de personnes possédant toutes leurs facultés, car aucune ne saurait accepter ce genre de toucher affectif sans déchoir, devant elle-même ou devant les autres. La caresse évoquerait trop l'absence de caresses authentiques, redoublant ainsi la douleur au lieu de la calmer, ajoutant l'humiliation officielle au vide relationnel. Pour qu'une telle caresse soit acceptable, il faudrait la soustraire aux yeux de tous, un peu comme une caresse payée, dont on ne se vante pas. Finalement, le toucher affectif au visage ne peut convenir qu'aux vieillards cognitivement et affectivement très déficitaires. Pour les autres, un massage plus classique, justifié par des raisons médicales et scientifiques, pourrait s'avérer de loin plus payant, car il pourrait abriter et cacher, aux yeux aussi bien de celui qui le donne que de celui qui le reçoit, un rapport interpersonnel direct et affectueux, à peine avouable. Une part substantielle de l'affectif doit rester implicite,

de l'ordre du non-dit, de la communication secrète, comme un don muet ou un vol à la dérobée.



Technique et care : cas limites

La standardisation protocolaire s'érige à la croisée de la logique scientifique et de la logique bureaucratique. Dans la plupart des cas, elle ne concerne pas le *care* lui-même, mais le *cure*, en entraînant des conséquences considérables pour la relation de soins. Comment faire un bandage, une injection, un prélèvement, comment désinfecter une chambre, comment placer tel ou tel cathéter, tous ces actes ont été décomposés en séquences rigoureuses avec la description des gestes, les précautions à prendre et les mots à dire au patient, pour obtenir sa coopération ou diminuer ses appréhensions. Encore faut-il que le patient soit conscient pour les entendre. Or, dans de nombreux cas, la conscience est délibérément annihilée ou amoindrie, afin que les soins puissent se dérouler sans trop de douleur ou de rejet. Voyons quelques-uns de ces cas limites.

L'asepsie et l'anesthésie sont au principe des progrès foudroyants des techniques chirurgicales. La découverte des propriétés merveilleuses de l'éther et du protoxyde d'azote a livré le corps

du patient au bistouri, sans cris, sans mouvements désespérés, sans défense. Le *cure* prend toute la place ; seules la singularité biomédicale du cas et la conscience professionnelle entrent en ligne de compte.

Le cas du respirateur est plus intéressant, d'abord parce qu'il est toléré avec des degrés de conscience variables, ensuite parce que cette machine se substitue à une fonction vitale, très importante dans le sentiment subjectif de soi. Du premier au dernier souffle, rien n'est plus personnel que mon souffle. Par lui, j'existe et je communique avec l'extérieur, avec le monde, que de nombreuses civilisations font surgir du souffle divin. Ce principe universel et singulier de vie a fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques et techniques sur le rythme, le volume d'air, etc., qui ont abouti à des substituts mécaniques de plus en plus sophistiqués. Voici le résumé synthétique d'une expérience vécue sous respirateur.

Un patient, après plusieurs jours sous respirateur, sent les fils, les tubes et l'appareillage qui l'entourent s'intégrer à son schéma corporel. La présence du tube dans la trachée diminue sa conscience d'avoir une bouche et même un visage. Il en vient à se demander si son bras est le sien ou celui du médecin. Il ne sait plus très bien où il se trouve. Il se demande s'il est là depuis quelques jours ou depuis quelques années. Les bruits prennent des proportions effrayantes. Dans ce cadre perçu comme très agressif, le patient développe un sentiment de persécution délirant. Il est persuadé que l'équipe soignante a décidé sa mise à mort, derrière le dos du patron. Il ne fait part à personne de sa crainte, car il a peur de précipiter l'exécution du projet. Le cauchemar ne s'interrompt que plusieurs jours

après l'extubation, lors d'une conversation avec une infirmière (Jeannet, 1986).

L'usage prolongé du respirateur ne va pas sans poser de sérieux problèmes, dont une perte du sens de la frontière entre soi et l'extérieur, entre soi et la machine, une confusion temporelle, une insécurité sur sa capacité de respirer sans l'aide de la machine, et enfin des délires. Cet ébranlement de référents centraux de la subjectivité identitaire s'accompagne aussi d'une restriction draconienne de la communication avec l'entourage, notamment avec les soignants. Le geste et l'écriture compensent maigrement l'absence de la parole. Le monitoring fournit en continu des informations sur les processus vitaux, complétées par des analyses de laboratoire et des radiographies. Nous sommes loin de l'expression verbale des symptômes, interprétés par le personnel soignant. Celui-ci, par le biais d'une importante médiation technique, est branché directement sur les signaux corporels. La conscience du patient, ses sentiments et sa perception des choses sont mis hors circuit. Ils sont plus encombrants qu'autre chose; il vaut mieux que le patient tolère sans rejet et sans trop d'angoisse cette situation, ce à quoi concourent des tranquillisants et des

analgésiques. L'effacement du sujet n'est pas complet, comme dans l'anesthésie, mais cet affleurement de la conscience n'est l'occasion que d'une expérience douloureuse, d'une terrible dépendance et impuissance, c'est une déchirure par où s'engouffrent une lumière qui ne s'éteint pas, un temps sans vraie nuit ni vrai jour, un espace flou, et le bruit surtout — les alarmes, les autres patients, les visites, les conversations des soignants, les manipulations diverses —, un bruit qui prend des proportions exagérées, souvent insupportables.

Absorbés par une densité très élevée de tâches, les soignants ont peu de temps pour s'occuper du *care*. En admettant qu'il soit souhaitable de laisser au patient un maximum de conscience (ce qui n'est pas évident), quelle devrait être l'orientation idéale de la relation de soins? Sur un point au moins, la réponse fait peu de doute: le *care* devrait avoir pour but de neutraliser les effets dévastateurs de la respiration mécanique sur l'identité subjective et les interactions personnelles. Nous retrouvons donc nos trois niveaux: le premier consiste en une réponse technologique standard — le respirateur — et singulière — réglage spécifique du respirateur — aux problèmes somatiques d'un patient; cette réponse déstabilise la personne dans ses rapports à soi et aux autres.

La question qui se pose est alors la suivante: en quoi la démarche scientifique peut-elle pallier ces inconvénients de la survie mécanique? Comme dans le cas précédant, la méthode scientifique permet d'identifier les problèmes et de proposer des solutions. Par exemple, après avoir établi les courbes de tolérance et d'intolérance au bruit dans ces conditions spécifiques,

l'hôpital pourrait envisager un certain nombre de dispositions standards susceptibles d'améliorer sous cet angle le bien-être, sinon de tous, du moins d'une majorité de patients. Des études semblables sur chaque sens, sur la frontière entre soi et non-soi, sur la perception du temps, conduiraient vraisemblablement à faire varier de nombreuses dispositions environnementales et à préserver ainsi, au moins partiellement, l'intégrité du patient et ses capacités relationnelles. Dans tous ces cas, le patient est au centre; je veux dire par là que nul autre que lui ne peut dire ce qui est tolérable ou intolérable, ces notions étant subjectives. L'activité scientifique additionne ici des rapports à la subjectivité et aux interactions, afin de maintenir vivantes ces dernières. La science ainsi finalisée est au service du sentiment et de la conscience.

Remarquons toutefois que la science a les moyens de faire taire la conscience et les sentiments avec les analgésiques et les tranquillisants, et que ce raccourci est certainement plus économique que de longues études et un réaménagement complet de la relation de soins. La science peut viser le niveau biologique en mettant délibérément les autres hors circuit, et alléger ainsi considérablement les exigences du *care*. La sauvegarde de l'intégrité corporelle passe alors par la mise entre parenthèses de l'autonomie subjective et intersubjective. Le problème de la douleur apporte un éclairage particulier sur les relations des sujets et de la science.

La douleur et les antidouleurs

Les combats contre la douleur sont très anciens et se poursuivent (Humbert, 1989). Mon

ambition n'est pas d'en rendre compte, mais d'attirer l'attention sur deux aspects uniquement. Premier fait intéressant, il n'existe pas de critères objectifs précis de la douleur. L'évaluation de la douleur passe donc par celui qui la ressent et qui l'exprime. Les scientifiques ont confectionné à cette fin diverses échelles plus ou moins fines, basées sur des mots ou des échelles graduées. L'une de ces dernières a été en quelque sorte matérialisée; elle se présente sous la forme d'un curseur rouge que le patient déplace sur une règle comportant dix degrés d'intensité. Ce « thermomètre » de la douleur ne prend pas la température à l'insu du sentiment du patient, mais il n'a d'autre but que de faciliter l'expression de la douleur subjectivement ressentie. À partir de là, le programme de prévention de la douleur, à base de morphine par exemple, peut être mis en place, en tenant compte de la singularité objective de chaque patient. Certains programmes vont jusqu'à prévoir une autoadministration d'analgésique, le patient réglant lui-même son niveau de douleur, et certaines dispositions l'empêchant de sortir des limites de sécurité.

L'intervention contre la douleur se fait évidemment au niveau biologique, avec des substances puissantes, mais cette intervention, qui suit un certain nombre de considérations scientifiques, relatives par exemple au risque de dépression respiratoire, place le sujet et sa douleur au centre. La science est ici au service de la subjectivité.

Second fait digne d'attention, les études sur la douleur dévoilent presque systématiquement un effet placebo. Environ un tiers de la douleur — avec de grandes variations selon les individus — est sensible à la suggestion,

sous la forme de pilules qui ont toutes les apparences des vraies sans en avoir le contenu. L'hypothèse la plus vraisemblable est que le patient accorde à son médecin, à la science médicale, à ses pilules habituelles, une grande confiance, suffisante pour déclencher des mécanismes psychiques et physiologiques inhibiteurs de la douleur (White et autres, 1985; Lachaux et Lemoine, 1988). De façon sans doute assez régulière, la personne ajoute son effet propre à la force propre des médicaments. La relation magique est inséparable de la relation à soi, aux autres et même aux institutions et à la science. Elle est beaucoup plus universelle que la relation rationnelle scientifique (Profita et Sprini, 1990).

Degrés de singularité et d'universalité

Protocolarisation d'un rapport de tendresse, annihilation ou atténuation de la conscience par des moyens technologiques, savoirs scientifiques et techniques subordonnés au patient, omniprésence magique, même à l'égard de la science anti-magique, ces quelques exemples illustrent certaines dimensions contradictoires et problématiques de la relation de soins en milieu hospitalier. Essayons de dépasser ces exemples particuliers en proposant certaines catégories d'analyse plus générales.

Les sciences, de la biologie aux sciences de la gestion en passant par la psychologie, sont porteuses d'une certaine logique du rapport à autrui. Cette logique investit non seulement le *cure*, mais aussi le *care*, par le biais d'études psychologiques et sociologiques de la relation de soins. Le regard scientifique diffère du regard affectueux et maternant. Tous les deux saisissent

le patient en tant qu'être singulier, mais il ne s'agit pas de la même singularité. La logique scientifique sait reconnaître la singularité d'une constitution génétique; de façon analogue, les médecins s'efforcent quotidiennement de saisir la spécificité de l'état clinique d'un patient, en rapportant le résultat des multiples analyses aux statistiques normalisées d'innombrables cas. Côté gènes ou côté maladie, il n'y a pas deux patients identiques. La singularité est ici une originalité dans une pluralité de variables universelles, celles-ci formant une sorte de ciel normatif, un ciel immanent, à partir du plus grand nombre possible de cas particuliers. Induction et déduction statistiques constituent les deux faces de la singularité scientifique, dépourvue de toute référence transcendantale. Ce type de singularité est une *singularité scientifique objective* ou *nomothétique*, ou encore *statistico-légale*, c'est-à-dire relative à un ensemble de lois et de corrélations statistiques. Le point de vue adopté ici est celui de l'universalité plurielle et objective. La vérité correspondante est celle de la décentration maximale³.

Dans l'existence quotidienne, nous ne nous percevons pas et nous ne sommes pas perçus en priorité à travers le filet des lois et des corrélations. À des fins analytiques, à l'opposé de la singularité scientifique, nous pouvons identifier une *singularité subjective* — ou *singularité absolue* — qui ne repose pas sur la comparaison objective, mais uniquement sur la conscience et le sentiment subjectifs de son être et de son existence propres. *Je respire, je marche, je souffre, je dors, je rêve, je saigne, je mange, je vois, j'ai froid*: le sentiment de mon identité subjective précède même la conscience de

cette identité. Ce n'est pas mon jumeau, à qui je ressemble comme deux gouttes d'eau, qui a froid, même si ses sensations ressemblent aux miennes, même si nos codes génétiques sont identiques; rien de tout cela ne compte devant cette évidence massive, brute, en-deçà de toute comparaison, qui est celle du sentiment de sa singularité absolue. « Je pense » n'est pas égal à « il pense », même si nous pensons la même chose. De ce point de vue, deux êtres semblables à tous points de vue, deux *clones*, sont tout aussi singuliers qu'un PDG et un clochard. Le point de vue implicite qui correspond à cette singularité est celui de l'unité subjective. La vérité d'une seule personne n'est pas une vérité partagée; c'est une vérité de la centration maximale⁴.

Entre la singularité subjective absolue et la singularité scientifique objective, on distingue la singularité interpersonnelle. Elle est double, selon que l'on adopte le point de vue de celui qui se perçoit par rapport à autrui ou de ceux qui perçoivent l'autre, le jugent, le classent. Dans les interactions de face à face, l'objectivation de l'autre est bien réelle; toutefois, elle ne suit pas des règles scientifiques, mais plutôt des règles reposant sur un mélange de tradition, d'expérience, de classements sociaux,

d'étiquetage⁵. Entre l'image de soi et le regard objectivant des autres, la parfaite harmonie est rarement présente; il y a plutôt conflit et réajustement permanents. Chacun est contraint d'élaborer un système de défense, avec une présentation officielle de soi et des degrés d'ouverture et d'authenticité variables selon les proches. Dans ces interactions, nous sommes tour à tour sujets et objets; nous sommes aussi condamnés à des séries limitées de cas, à des universalités existentielles. Le point de vue retenu ici est intermédiaire entre l'unité et le pluriel universel. La singularité dont il est question est celle de l'un dans le quelques-uns. La vérité correspondante renvoie à l'accord des consciences et des sensibilités en situation d'interconnaissance; elle est intersubjective et suppose déjà une certaine décentration.

À ce niveau, l'explication la plus usuelle est centrée sur l'exemple. Le cas particulier, sans perdre de sa singularité, est offert en exemple pour rassembler derrière lui d'autres cas qui lui ressemblent, non pas en vertu d'une mesure scientifique, mais en vertu de comparaisons, d'interprétations, d'analogies, de rapprochements et de transpositions effectués par chacun. De cette manière, l'exemple singulier s'offre à la construction intersingulière, sans se dissoudre dans l'universel. L'exemple devient cas exemplaire, en bien ou en mal. Le jeu parfois féroce des singularités interpersonnelles, où s'expriment le pouvoir, les ambitions, les convoitises, les stratégies d'influence, où chacun est tour à tour exemple et contre-exemple pour l'autre, renvoie à une épistémologie de l'*exemplum*, à des rapports discontinus entre le singulier et le général, chaque individu étant à la

fois interface et medium pour les autres.

Il y a autant de singularités que de modalités de liaison à autrui⁶, mais je me contenterai de ces trois distinctions, pour introduire deux hypothèses générales: 1) ces singularités, qui coexistent en chacun de nous, sont hétérogènes et irréductibles l'une à l'autre; 2) il est possible d'envisager une science des conditions d'autonomie des deux premiers niveaux, dont les résultats pourraient servir de base à une mixité institutionnelle, respectueuse de la complexité et de l'autonomie des niveaux.



L'hétérogénéité des degrés de singularité et d'universalité

Hegel, lorsqu'il décrivait le développement de la Raison dans l'Histoire, s'imaginait que les éléments des stades antérieurs s'inscrivaient, sous des formes renouvelées, dans le dernier stade atteint. À travers des changements de formes, des sauts qualitatifs et des totalisations successives, le progrès de l'histoire, de la raison, de la théorie, devenait possible. En mathématiques, le progrès peut prendre des formes analogues, avec intégration des théories dans des métathéories plus larges qui les englobent. Kurt Gödel a même prouvé que la consistance d'un

système ne peut être démontrée qu'à partir d'un système de degré supérieur.

Plus on s'en tient aux aspects formels, plus la démonstration est facile; mais il en va tout autrement lorsque l'on s'intéresse aux aspects affectifs et relationnels. À un degré logique élémentaire, nous avons la personne singulière, prise en elle-même. Cette entité abstraite et non viable trouve ses coordonnées et points de comparaison hors d'elle-même, dans les relations interpersonnelles dont elle tire sa propre définition. Entre la subjectivité identitaire et le niveau interpersonnel, il existe de nombreuses dissonances, et pas seulement des rapports d'inclusion harmonieux. Les travaux de psychologie affective et de psychosociologie éclairent les oppositions et les ruptures entre ces deux niveaux.

Mais notre propos s'intéresse plus particulièrement à la rupture entre le niveau interpersonnel et le niveau scientifico-institutionnel. Dans le cas du protocole de toucher affectif, le *care* scientifique ne parvient qu'à singer le manque interpersonnel qu'il a identifié: il est impuissant à trouver la solution à son propre niveau. Il n'y a pas *Aufhebung*, c'est-à-dire dépassement avec intégration à un niveau supérieur, mais rupture et fossé. *L'actualisation sur un mode institutionnel standard d'un rapport interpersonnel tue l'authenticité de ce rapport*. Ou encore: il y a solutions de continuité entre les trois types de singularité distingués ci-dessus. Le *care* est soumis, dans les hôpitaux scientifiques, à un déchirement permanent entre les dispositions protocolarisées et les dimensions subjectives et intersubjectives.

La conséquence, au niveau de l'organisation hospitalière, est

la suivante: plus la gestion du malade repose sur des principes scientifico-institutionnels protocolarisés, plus la probabilité de non-reconnaissance des singularités personnelle et interpersonnelle sera grande. Les solutions les plus «humaines», c'est-à-dire celles qui respectent le plus la complexité et l'interaction des niveaux, ne sont pas des solutions puristes, mais des solutions mixtes, qui aménagent des espaces pour chacun des niveaux. Le mot d'ordre n'est pas *small* ou *big is beautiful*, mais *mixed is beautiful*. Notre lot est celui de l'hétérogénéité et de la pluralité des niveaux. Cette perspective me paraît de loin préférable aux totalitarismes typiques de chaque niveau, que ce soit le délire de puissance d'un sujet affranchi de tous liens, la pression excessive du petit groupe ou la perspective d'une société gérée scientifiquement par les experts.

On comprend mieux l'intérêt de l'unité des trois niveaux par le détour religieux: moi et l'autre, par essence distincts et identiques, car participant de la même substance divine, se laissent fondre dans une même totalité née de la volonté de Dieu. La pluralité des personnes et des relations fusionne dans l'unité religieuse; elle tient tout entière dans la main du Créateur. La religion propose l'intégrale transcendante du pluriel, tandis que la science et les grandes institutions produisent et reproduisent des universalités toujours partielles, précaires et transitoires. L'intégrale immanente est toujours à refaire. La théorie du tout, l'intégrale des intégrales, est un horizon qui se déplace à mesure que l'on avance. Cet espoir positiviste, qui hérite du détour par la transcendance, s'est en grande partie perdu dans la forêt de la spéciali-

sation. Les lois, les distributions et corrélations statistiques, forment un nouveau ciel de référence, avec une infinie variété de relations entre les éléments et des totalisations partielles plus ou moins éphémères.

Malgré cette fragmentation plurielle des sciences, des technologies et aussi des bureaucraties, les rapports à notre ciel scientifico-institutionnel héritent en partie des rapports au ciel religieux et à ses représentants. L'accumulation des savoirs rend notre ignorance plus évidente encore. Une infime partie de la population peut expliquer ce qu'est l'ADN; une personne sur dix parvient à donner une définition acceptable de la méthode scientifique; une personne sur deux pense que les lois scientifiques sont immuables; une sur deux seulement sait que la Terre met un an pour accomplir une révolution autour du soleil (Girod, 1991). Médecins et infirmières se rendent quotidiennement compte que leurs patients ont une connaissance très limitée du corps et des maladies. Leur rapport aux médicaments, aux soins, est souvent magico-religieux, la science et la technologie occupant la place du sacré, les soignants-experts la position du sorcier ou du prêtre modernes, intermédiaires entre le cas particulier et le nouveau ciel dont on a tout à attendre mais dont on ne sait pas grand-chose. L'ignorance s'est installée au cœur même de la profusion des connaissances; l'«irrationnel» procède de l'inflation rationaliste. Ici encore, la subjectivité identitaire et le micro-univers relationnel de chacun conservent leur autonomie à l'égard de la vision du monde scientifico-institutionnelle. Si nous en sommes là après plus d'un siècle de scolarisation obligatoire et de progrès scientifique, on peut sérieusement se deman-

der si plus de science et d'éducation changeront quelque chose à cette réalité.

Je ne pense pas qu'il faille se lamenter sur l'existence, « encore aujourd'hui », d'un lien magique entre patient et soignant. Ce lien possède la propriété particulière de ne pas dissocier les choses, le corps, les relations et les sentiments. Le corps n'est jamais seulement un corps, ni la chose seulement une chose. La pilule porte l'empreinte de qui la donne et de qui la reçoit ; la confiance ou la défiance conditionne son efficacité. Le rapport magique, porteur de conséquences réelles et vérifiables, traverse d'un coup les plans de réalité que les sciences distinguent analytiquement pour ensuite les réunir avec des traits d'union interdisciplinaires. La religion, en situant d'emblée la différence-unité des hommes hors du monde, la magie, en faisant une synthèse fulgurante des plans de réalité, sont toutes deux productrices d'effets propres, par le biais de totalisations du monde qui continuent d'exister en marge des synthèses scientifiques. Ce sont des modalités de totalisation typiques des premiers degrés de singularité-universalité⁷.

Une science de l'autonomie des niveaux de singularité

Il est d'usage de critiquer la science et la technique en dénon-

çant l'écrasement du sujet qu'elles génèrent. Les exemples donnés ci-dessus semblent indiquer que ce n'est pas toujours le cas⁸. Davantage, à condition de reconnaître l'autonomie des niveaux, la démarche scientifique pourrait même s'ériger en moyen de défense de la subjectivité identitaire et de l'autonomie relationnelle, en repérant systématiquement, comme elle sait le faire, leurs conditions d'expression et de survie. Quelques exemples très simples. Nous commençons à connaître les effets dévastateurs de la privation ou de l'excessive stimulation sensorielles sur l'équilibre mental. Ces connaissances peuvent être utilisées pour déstabiliser une personne ou, au contraire, pour prévenir les troubles de la personnalité en aménageant correctement son environnement. Ainsi, les chambres à quatre ou cinq lits devraient être proscrites des soins intensifs ; l'usage des respirateurs devrait être accompagné de précautions environnementales et relationnelles sérieusement étudiées. Non seulement pour la douleur, mais aussi pour tous les autres sentiments et affects, il serait urgent de développer une science des conditions de l'autonomie subjective et relationnelle, avec ses retombées institutionnelles : eu égard à l'intimité du patient, à ses relations avec ses proches, aux machines, aux procédés techniques, aux médicaments, aux protocoles et règlements institutionnels, etc.

Nous devrions nous interroger sur notre environnement institutionnel et sur ses conséquences quant aux microrelations avec autant de sérieux que nous en mettons à évaluer l'impact des barrages hydroélectriques sur la faune et la flore. Les implications de la gestion du temps sont immenses, mais elles font rare-

ment l'objet d'études fouillées. Par exemple, dans un home de vieillards, faut-il distribuer des repas à heures fixes ou faut-il envisager un horaire souple ? Quelles variétés de rythme peut-on introduire dans un département sans compromettre toute organisation⁹ ? L'espace construit et les manières de l'occuper sont trop souvent laissés à l'appréciation des seuls architectes ou autres spécialistes, qui réfléchissent en termes d'exigences fonctionnelles et technico-institutionnelles et trop peu en fonction des usagers et de leurs relations. Soulignons cependant des efforts naissants dans ce sens, notamment dans les hôpitaux psychiatriques, dans les soins intensifs, en obstétrique aussi, avec la construction de chambres d'accouchement moins techniques, faisant une place à l'intimité familiale.

Les institutions technico-scientifiques ont investi des aspects de plus en plus proches de la subjectivité et de l'intersubjectivité, à mesure que les micro-institutions comme la famille, le village, le quartier, les corporations, se rétrécissaient. L'immense standardisation de l'éducation, de la santé, de la défense, de la solidarité (assurances) s'est d'abord élevée sur des micro-institutions encore bien vivaces. Maintenant que ces groupes ont beaucoup perdu de leur pouvoir d'intégration, les grandes institutions semblent réaliser tout à coup les manques en-dessous d'elles-mêmes, et tentent de redynamiser ou d'inventer des espaces d'autonomie interpersonnelle. La singularité scientifique, spécialisée ou interdisciplinaire, tourne autour d'un immense trou noir, composé des singularités subjectives et intersubjectives, qui lui échappent d'autant plus qu'elle s'efforce de les assujettir, de les

refouler ou de les singer à son propre niveau.

Que m'importent les statistiques sur les conséquences de la perte d'un être cher, si c'est moi qui le pleure? Elles seront utiles au psychologue et à l'assistant social, qui travaillent dans le métarelationnel. En ce qui me regarde, mes proches, mes amis, mon insertion dans un réseau socio-affectif, mes expériences antérieures, ce type de « connaissances » interpersonnelles et subjectives constituera la base même de ma capacité de surmonter cette épreuve. La vérité scientifique institutionnalisée n'est qu'une vérité parmi d'autres, qui mutile les vérités de degrés moindres lorsqu'elle méconnaît l'autonomie dont elles ont besoin pour se construire. Pour nous tous, le progrès signifie encore énoncer des métavérités et construire des méta-institutions, mais cette métaphysique conduit à une impasse, car nos vérités subjectives, intersubjectives et statistico-légaux sont liées à des degrés d'universalité et de singularité irréductiblement autonomes, constitutifs de notre complexité.

André Petitat
Département de sociologie
Université du Québec
à Montréal

Notes

- 1 Je remercie G. Busino, F. Lesemann et C. Magnin pour leurs remarques critiques.
- 2 J'espère que l'auteure comprendra que je ne critique pas son initiative, louable par rapport à d'autres solutions, mais que je prends son protocole pour illustrer la rupture entre les niveaux scientifico-institutionnel et interpersonnel.
- 3 Je définis ici les concepts de singularité par rapport aux personnes, mais on pourrait aisément envisager une extension aux choses.

- 4 Ce type de singularité se rapproche de celle envisagée par Guillaume d'Ockham (Alfieri, 1989), en ce sens qu'elle repose sur l'unité, et non pas sur l'originalité dans la pluralité. La chose singulière prise en elle-même se trouve en deçà non seulement de la science, mais de toute connaissance. Le monde des singularités unitaires n'est rien d'autre qu'un chaos d'unités fermées sur soi. La personne singulière prise en elle-même est une unité aux caractéristiques particulières, car elle comporte déjà une scission interne entre soi et le sentiment-conscience de soi. La connaissance de soi qui en résulte est subjective, mais cette subjectivité n'exclut pas une mémoire, une histoire, ni même une construction.
- 5 En se trompant peut-être sur la sévérité du regard des autres, une femme dira à son médecin : « Je me sens trop grosse ». En adoptant le point de vue scientifique objectif, celui-ci pourra essayer d'apaiser ce sentiment en lui répondant : « Mais non, absolument pas, vous êtes exactement dans la moyenne ». Cet argument pourra éventuellement contrebalancer une mauvaise image de soi ou les jugements des autres : « Je me crois trop grosse — ou vous me croyez trop grosse — mais je suis objectivement dans la moyenne ». En ce cas, la moyenne globale s'inscrit en faux contre l'opinion interprétée ou exprimée du groupe de référence. Inversement, l'argument scientifique pourra paraître complètement dérisoire : « Que voulez-vous que ça me fasse que je sois dans la moyenne, s'ils me disent que je suis trop grosse! » La vérité scientifique a peu à voir avec la vérité interpersonnelle.
- 6 Parmi les singularités de type scientifique, il faudrait distinguer les singularités combinatoires, qui résultent d'une combinaison à partir d'un nombre limité d'éléments. On peut, par exemple, tenter de ramener les multiples formes de la matière à des combinaisons d'éléments simples, ou les variations de la vie à une combinatoire génétique. La singularité de la trajectoire d'un boulet de canon particulier, déduite à partir des lois balistiques, comporte d'autres caractéristiques ; on pourrait la nommer singularité légale ou paramétrique. Les rapports d'un cas particulier avec une corrélation statistique dessinent un type de singularité encore différent, très bien perceptible lorsque votre médecin vous annonce que l'opération qui s'impose dans votre cas réussit quatre-vingts fois sur cent. Il faudrait distinguer aussi entre la singularité bureaucratique et la singularité scientifique, les deux ayant en commun le fait de soumettre à des règles universelles des ensembles d'éléments qui dépassent les séries interpersonnelles.
- 7 L'échange-don se laisse aussi catégoriser selon différents degrés de singularité-universalité (Petitat, 1990). Quant à l'individu moderne, sa définition semble inséparable de l'émergence des grandes institutions universelles de la modernité : marché, administration salariale, école, hôpital, etc. (Petitat, 1987).
- 8 Dans des cas extrêmes, comme celui des changements de sexe, la technologie modifie le corps en fonction d'une identité subjective.
- 9 Voici un exemple de temps bureaucratique déstructurant, pris en dehors de l'hôpital. Au Québec, le ministère de l'Éducation a fixé des critères d'allocation de crédits pour la construction des bâtiments universitaires en fonction du taux d'occupation des surfaces existantes durant certaines heures de la journée. Pour maximiser son taux, une université a déplacé l'horaire de ses cours, qui se donnent de 10 à 13 heures et de 14 à 17 heures et non plus de 9 à 12 heures et de 14 à 17 heures. Cette modification a eu pour effet de réduire de façon substantielle les rencontres informelles et la vie associative et culturelle entre midi et deux heures. Après le fordisme et le taylorisme, qui ont longtemps dominé les conceptions de l'organisation du travail, notons de nouvelles tendances, qui font précisément une place à l'informel et au micro-relationnel (Terssac, 1992).

Bibliographie

- ALFIERI, P. 1989. *Guillaume d'Ockham : le singulier*. Paris, Minuit.
- DUMONT, L. 1984. *Essais sur l'individualisme*. Paris, Seuil.
- GIROD, R. 1991. *Le Savoir réel de l'homme moderne*. Paris, PUF.
- HUMBERT, N. 1989. *La Douleur : un cri du corps et de l'âme*. Neuchâtel, V. Attinger.
- JEANNET, M. 1986. « De l'angoisse à l'agression, une expérience dans une unité de soins intensifs », *Soins infirmiers*, mars : 63-67.
- LACHAUX, B., et P. LEMOINE. 1988. *Placebo, un médicament qui recherche la vérité*. Paris, Medsi.
- LEVIN, M. E. 1979. *Metaphysics and the Mind. Body Problem*. Oxford, Clarendon Press.

- PERSONNE, M. 1991. *Soigner les personnes âgées à l'hôpital: la formation à la relation d'aide*. Toulouse, Privat.
- PETITAT, A. 1987. «L'unique et ses institutions: jalons dans l'émergence d'un multi-individualisme institutionnel», *Revue européenne des sciences sociales*, 25, 74: 107-134.
- PETITAT, A. 1989. *Les Infirmières, de la vocation à la profession*. Montréal, Boréal.
- PETITAT, A. 1991. «Les circuits du don: Kula, charité et assurances», *Cahiers internationaux de sociologie*, 90: 49-65.
- PETITAT, A. 1992 «L'écartèlement: Jean Bodin, les sorcières et la rationalisation du surnaturel», *Revue européenne des sciences sociales*, 30, 93: 79-101.
- PROFITA, G., et G. SPRINI. 1990. *La Conoscenza magica*. Milan, Franco Angeli.
- SAULNIER, D. 1989. «Les cris répétitifs», *L'Infirmière canadienne*, décembre: 35-39.
- STRAUSS, A., S. FAGERHAUGH, B. SUCZEK et C. WIENER. 1985. *Social Organization of Medical Work*. Chicago, The University of Chicago Press.
- TERSSAC, G. de. 1992. *Autonomie dans le travail*. Paris, PUF.
- WHITE, L., B. TURSKY et G. E. SCHWARTZ. 1985. *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*. New York, The Guilford Press.