

Qu'est-ce qu'un soin ?

Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin

Virginie Pirard

DANS **ESPRIT 2006/1 Janvier**, PAGES 80 À 94

ÉDITIONS ÉDITIONS ESPRIT

ISSN 0014-0759

ISBN 9782909210413

DOI 10.3917/espri.0601.0080

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-esprit-2006-1-page-80?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Qu'est-ce qu'un soin ?

Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin

Virginie Pirard*

LE SOIN, parce qu'il touche au corps et à la vie psychique, suscite dans notre imaginaire des représentations « prototypiques » : le médecin – l'infirmière ou la nurse – tout comme la figure parentale, généralement assimilée à la mère ou la grand-mère¹. La prédominance de la figure féminine dans ces représentations participe d'ailleurs de la singularité de cet imaginaire.

De cet univers, deux thématiques majeures émergent : celle du *pouvoir* – qui guérit, soulage et, parfois, violente –, et celle de la *sollicitude* – maternelle ou maternante. Les réflexions² menées récemment sur la nature fondamentalement asymétrique³ de certaines relations, parmi lesquelles la relation de soin⁴, conduisent à envisager la

* Philosophie et juriste, Fonds national de la recherche scientifique, Université libre de Bruxelles.

1. Pour une vision d'ensemble du soin comme problématique féminine et/ou féministe, voir Patricia Paperman, « Perspectives féministes sur la justice et la sollicitude », *L'Année sociologique*, 2004, vol. 54, n° 2 ; ainsi que C. Chevandier, *les Métiers de l'hôpital*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 1997, qui constate que le personnel soignant est généralement considéré en France comme n'appartenant pas au corps médical (celui-ci comprenant les médecins hospitaliers à proprement parler) et que c'est au sein de ce personnel « non médical » que l'on retrouve une majorité de femmes (l'infirmière, l'aide soignante, etc.).

2. Des Journées d'études ont été organisées sur ce thème à plusieurs reprises depuis mai 2004, conjointement entre les universités de Lille et Bruxelles, respectivement sous la direction de Nathalie Zaccai-Reyners (ULB) et de Frédéric Worms (Lille III).

3. Je renvoie ici à la définition des « relations asymétriques » telle que proposée par N. Zaccai-Reyners dans ce même dossier.

4. Dans le présent article, on parlera des « soignants » et des « soignés » pour désigner les partenaires de la relation de soin et cela de façon générique sans opérer de distinction entre le soin *profane* (qui comprend toutes les formes de soins non professionnels) et le soin *professionnel*, ni faire de différence, au sein de cette dernière catégorie, entre le soin *médical* et le soin *non médical* pour reprendre la terminologie exposée par C. Chevandier (*les Métiers de l'hôpital*, *op. cit.*).

question du pouvoir de façon non réductrice, en ne la liant pas automatiquement à la domination et à son corollaire éventuel, une certaine *mort* de l'interaction. De même, les travaux menés ces dernières années autour du concept de *care* en France⁵ et ailleurs viennent nuancer notre compréhension de la sollicitude sur au moins deux points : la sollicitude n'est plus considérée comme une sorte de *caractère sexuel secondaire féminin* et est à ce titre dénaturalisée ; elle révèle par ailleurs l'ambivalence des sentiments qui, en partie, la fondent⁶.

Pourtant, à bien des égards, il demeure tentant de penser le soin selon des logiques essentiellement affectives pour cette raison simple qu'un soin ne peut être donné « n'importe comment ». Les travaux menés par R. A. Spitz sur l'hospitalisme⁷ en 1945 et, plus près de nous, les images terrifiantes de certains orphelinats dans les pays de l'Est nous rappellent que les fonctions du corps sont éminemment liées aux fonctions psychiques et qu'on ne peut traiter les êtres humains comme de simples agrégats d'organes, excrétoires par exemple, sans que notre rapport au monde en soit durablement affecté.

Le fait qu'un soin doive être prodigué d'une façon qui ne mette pas en danger notre intégrité physique et psychique mais soutienne celle-ci et, idéalement, la restaure, constitue une contrainte majeure qui est à la source d'au moins un paradoxe. Interne au soin lui-même et indépendant du cadre professionnel ou profane dans lequel il s'exerce, ce paradoxe concerne l'articulation de deux notions – celle de « ressources affectives » et celle de « travail » –, et davantage encore le délicat étayage de l'une à partir de l'autre. En général, les réflexions sur le soin s'accordent sur le fait qu'une « dimension affective » particulière est nécessaire à la pleine réalisation du soin : c'est ce qu'indique Pascale Molinier lorsqu'elle écrit que, pour une bonne part, le soin doit être réalisé avec « tendresse⁸ ». Dans le même temps, la mobilisation de cette disposition affective fait partie de ce qu'on appelle le *caring labour* : au-delà des compétences techniques, variées et nécessaires au soin, c'est au nom même de la mobilisation de cette dimension affective que le soin est considéré comme *travail*. Qualifier une tâche de *travail*, sur la base de considérations relevant pour partie de l'affectif, n'a rien d'habituel, même dans le secteur tertiaire, et révèle l'ambiguïté propre aux tâches de soin. Cette ambiguïté a ses conséquences : penser le soin comme *travail*, c'est assumer la dénaturalisation des ressources affectives nécessaires au soin

5. P. Paperman, « Perspectives féministes sur la justice et la sollicitude », art. cité.

6. Pascale Molinier, « La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l'éthique du dévouement », *Nouvelles Questions féministes*, 23-3, p. 12-25.

7. R. A. Spitz, *De la naissance à la parole. La première année de la vie*, Paris, PUF, 1968 (1^{re} éd. fr.), notamment p. 206 sq.

8. P. Molinier, « La haine et l'amour, la boîte noire du féminisme ?... », art. cité.

et cela conduit logiquement à s'interroger sur leurs sources, la façon dont elles sont mobilisées et leur éventuelle « reproductibilité ». Or, on constate dans les réflexions sur le *care* une certaine difficulté à sortir des registres et du vocabulaire de la passion. Un flou conceptuel persistant s'attache à la définition de ce qui constitue les fondements affectifs ou non de la *disposition à soigner*. Est-ce en raison de ce flou que le discours des soignants oscille entre la culpabilité – de n'en faire ou de n'en donner jamais assez – et l'épuisement – voire l'écoeurement – face aux demandes des soignés ? Il est à noter que cette *oscillation* participe de ce qu'on a appelé la « pénibilité du travail », thématisée en psychodynamique et psychopathologie du travail⁹.

Dans la perspective d'une pragmatique du soin qui ne laisserait pas ces éléments à la pure vertu discrétionnaire des individus et aux limites évidentes de celle-ci, il semble qu'il faille éclaircir au moins trois ensembles de questions.

Premièrement, je souhaite aborder les raisons pour lesquelles une « dimension affective » est généralement associée au soin. Le fait que la relation de soin mobilise des affects est une évidence qu'il importe pourtant d'analyser. Nous nous attarderons pour ce faire sur la structure interne du soin, doublement relationnelle et surdéterminée par les situations de dépendance et de vulnérabilité de l'un au moins de ses protagonistes. Si cette structure particulière du soin, axée sur l'existence nécessaire d'une relation, génère par elle-même des éprouvés psychiques et/ou somatiques, encore convient-il de ne pas assimiler trop rapidement ceux-ci à des sentiments.

Deuxièmement, lier la mobilisation de certains registres affectifs au concept même de soin, profane et professionnel, invite à penser la nécessaire *dénaturalisation* des sentiments ou émotions inhérents à la relation de soin. Soutenir le contraire reviendrait à adopter une position *sentimentale* où serait valorisée de façon quasi incantatoire une ressource aussi fluctuante que l'amour¹⁰. On le voit, non seulement l'édifice, s'il n'était construit que sur cette base, serait fragile, mais aussi, sans doute, largement contrefactuel au regard des expériences des soignants comme des soignés.

Enfin, la dénaturalisation de ces ressources affectives, si elle permet de s'engager plus avant dans la perspective d'une pragmatique non vertueuse du soin, laisse intacte la question de savoir ce qui peut soutenir la *disposition au soin*, que l'on voudra bien distinguer de la capacité au soin, évaluable quant à elle selon des critères plus tech-

9. Je n'aborderai pas ici, vu le caractère limité du propos, la question de la rémunération du travail *dit domestique* ni la question de la revalorisation financière des professions de soin dont on sait néanmoins qu'elle s'appuie au moins symboliquement sur cette articulation et la pénibilité qui en découle.

10. Conçue ici comme catégorie générique.

niques. Certaines expériences ont été menées avec fruit pour penser et construire cette disposition au soin à partir de registres qui ne nient pas le potentiel d'affectivité propre aux relations en général et à la relation de soin en particulier, mais qui s'interrogent plus avant sur les façons de construire un contact thérapeutique valable en tout état de cause, y compris lorsque ces ressources affectives font défaut. C'est par la mobilisation de la catégorie du respect, conçue ici non comme une vertu morale mais comme une ressource relationnelle reproductive dans la réalité selon certaines procédures, que l'on peut penser ce qui, dans la relation de soin, se vit comme un contact thérapeutique *vivant et personnalisant*.

Les fondamentaux de la relation de soin

Les expériences de soin sont multiples et ne se laissent pas toutes ordonner sous la catégorie du soin médical ni sous celle du soin parental ou « domestique ». Je postulerai que se vivent des « moments » de soin, sur un mode éventuellement implicite, dès lors que sont réunies certaines caractéristiques qui définissent *a minima* celui-ci. Ces caractéristiques fondamentales sont « transversales » en ce qu'elles valent pour toutes les sphères où un soin s'exerce et ne tiennent pas forcément compte de l'habituelle délimitation entre ce qui relèverait du « public », de l'institutionnel, et du « privé ».

Le soin s'inscrit dans le cadre d'une relation de dépendance

Comme le souligne P. Paperman¹¹, la dépendance ne concerne pas que les bébés, les malades ou les personnes âgées mais tout un chacun. Quel que soit l'angle sous lequel on l'aborde, la vulnérabilité humaine a valeur de fait et s'expérimente en des circonstances variables et selon des degrés divers. Biologiquement, l'être humain se caractérise par sa néotonie, c'est-à-dire par son degré élevé d'immaturation physiologique¹² à la naissance. En raison de cette immaturité, le bébé humain¹³ ne peut se développer, ni même survivre, s'il ne reçoit des soins adaptés et suffisants. Seule la présence d'un *autrui* permet de soutenir ce qu'autorisent nos tendances instinctuelles, à savoir le développement vers la maturité et l'individuation. Cette réalité biologique a pour corollaire métaphysique que la condition

11. P. Paperman, « Perspectives féministes sur la justice et la sollicitude », art. cité.

12. Voir les réflexions de F. Worms dans le présent dossier sur la relation de soin comme relation primitive entre toutes.

13. Cela vaut aussi pour certaines autres espèces de mammifères ainsi que pour certaines variétés d'oiseaux.

humaine repose par nature sur les liens d'interdépendance entre sujets.

Au-delà de cette perspective génétique, l'autonomie que nous fait gagner la maturité n'a jamais valeur d'absolu : il est erroné de penser que ce stade – s'il est atteint –, l'est « une fois pour toutes » et qu'il serait aisément identifiable au regard d'une norme valant pour tous. Les « modes d'être » de l'humain sont bien plus complexes que ne le laisse entendre l'idéal émancipatoire des Lumières et, partant, les situations d'autarcie ne peuvent qu'être temporaires à moins d'être proprement pathologiques¹⁴.

La dépendance entre les êtres humains est donc une figure de cette vulnérabilité ontologique et l'on conçoit que la question du soin se pose dès lors de façon récurrente au cours de la vie humaine. Cette perspective prédispose le soin à être pensé comme *relation de soin*, prédisposition elle-même redoublée par l'enjeu du soin qui, j'en pose l'hypothèse, relève de l'adaptation aux besoins.

L'adaptation aux besoins comme enjeu du soin

L'idée que le soin a pour fonction de répondre à un besoin doit être comprise au regard des conceptions *de ce qu'est* concrètement un besoin et de la place de celui-ci dans l'économie psychique des individus. Ces deux ordres de réflexions ont fait l'objet d'importantes évolutions au cours du XX^e siècle.

Les théories de l'attachement qui se sont inspirées de l'éthologie ont revisité la nature même du besoin, élargissant la palette de ce qu'on considérait auparavant comme appartenant à la catégorie des besoins fondamentaux :

On a tenu [...] comme évident que le besoin de nourriture était le seul besoin primaire du nouveau-né et qu'à partir de la satisfaction de ce besoin se créaient des liens qui l'unissent à son milieu¹⁵.

Selon Freud,

la satisfaction du besoin de nourriture a pour *but* la résolution d'une tension organique ; elle a pour moyen le sein maternel ; à la satisfaction de l'assouvissement de la faim s'ajoute ainsi et se lie un surcroît de plaisir, et la découverte de l'objet qui lui procure ce plaisir, le sein nourricier, la mère. Ainsi la pulsion libidinale, ou sexuelle, s'appuie, *s'étaie*, sur la fonction vitale d'alimentation¹⁶.

14. On peut trouver dans certaines pathologies, comme l'autisme, des éléments d'une autarcie maladive où l'interdépendance est « manquée », impossible car perçue comme violence et intrusion destructive.

15. R. Zazzo (sous la dir. de), *l'Attachement*, Neuchâtel/Paris, Delachaux et Niestlé, 1991 (2^e éd. revue et augm.), p. 9 et 10. Freud fut l'un des tenants de cette théorie, nommée la *milk-fed theory*.

16. *Ibid.*, p. 9.

C'est donc non seulement la nature du besoin qui est limitée aux fonctions alimentaires mais aussi sa fonction dans la construction d'un rapport au monde. Dans le courant des années 1960, les travaux de Bowlby¹⁷ et Harlow¹⁸ ont largement remis en cause cette définition des besoins primaires et il est aujourd'hui admis que ceux-ci comprennent dès le départ de toute vie humaine des besoins affectifs et sociaux. Par ailleurs, les travaux du pédiatre et psychanalyste anglais D.W. Winnicott ont permis de préciser la notion et la place du besoin dans l'économie psychique des individus et sa signification pour l'être humain. Sur ce point, on distingue traditionnellement le besoin du *désir*, notamment parce que celui-ci, pour le dire sommairement, s'étaye sur la réponse au besoin et trouve dès lors son origine à un stade de développement de la vie psychique plus tardif que celui où se vivent de façon très primitive et vitale les tensions relatives à la prise en compte des besoins. La question du désir se pose lorsque les dynamiques relatives à l'amour objectal ont pu se constituer avec une certaine stabilité. Cette étape, selon Winnicott, n'intervient qu'après que les « besoins du moi¹⁹ » ont pu être suffisamment rencontrés. Le fait qu'il parle plus volontiers de « réponse » aux besoins que de la satisfaction de ceux-ci n'est pas anodin : aux stades les plus primitifs du développement, ce qui importe au petit enfant c'est que son environnement lui *réponde*. Sa vie même et les prémisses de la construction de son *self* en dépendent. Certes, il convient que cette réponse soit la plus adéquate possible, mais c'est avant tout de l'existence même d'une réponse que dépend la possibilité de se confronter petit à petit au monde extérieur et à la présence d'*autrui*. Lorsque cette dynamique entre la réponse aux besoins et l'étayage des fonctions désirantes échoue à se mettre en place, c'est toute la possibilité d'investir le monde qui est freinée ou anéantie. Ceci tend à confirmer que si le désir est *objectal*, le besoin, tout primitif qu'il soit, est avant tout *relationnel* et fait appel, par sa structure même, à l'interaction. C'est donc d'une façon doublement relationnelle que le soin doit être conçu, d'abord parce qu'il intervient dans un contexte de dépendance et donc d'interaction *necessaire*, ensuite parce qu'il concerne un

17. J. Bowlby, "The Nature of the Child's tie to his Mother", *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 1958, p. 350 sq. Ce psychiatre et psychanalyste anglais est considéré comme l'un des principaux artisans de la théorie de l'attachement. Voir la référence qu'y fait F. Worms dans le présent dossier, p. 147.

18. H. F. Harlow, "The Nature of Love", *American Psychologist*, 13, 1958, p. 573-685. Harlow, éthologue américain, fit de nombreuses expériences sur la façon dont de jeunes singes rhésus réagissaient à la privation maternelle. Il lui apparut assez vite que « dans l'établissement des liens d'affection entre mère et enfant la satisfaction des besoins de nourriture n'a certainement pas le rôle primordial qui lui est d'habitude attribué. Déjà chez le nouveau-né le besoin de contact, la recherche de proximité avec la mère prennent sur la faim ». Voir R. Zazzo, « L'Attachement. Une nouvelle théorie sur les origines de l'affection », dans R. Zazzo (sous la dir. de), *l'Attachement*, op. cit., p. 20 sq, ici p. 25.

19. Pour un commentaire sur cette notion, voir J.-P. Lehmann, *la Clinique analytique de Winnicott, de la position dépressive aux états-limites*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 2003, p. 115 sq.

besoin dont le sens est autant celui d'une interaction que d'un contenu particulier²⁰.

On comprend dès lors pourquoi la relation de soin est à ce point « affective » : outre le contact singulier des corps et des psychés, et les risques réels ou fantasmatiques que ce contact suppose, elle *met en contact et en présence* des individus. Elle génère pour cette raison des états affectifs élémentaires ou complexes²¹, composés à tout le moins de sensations, d'émotions et éventuellement de sentiments dont on ne peut cependant, à mon sens, préjuger de la nature dès ce stade.

De la dénaturalisation des ressources affectives

On l'a vu, la question de l'interaction est au cœur du soin : celui-ci consiste jusqu'à un certain point en un type de relation dont l'enjeu est l'adaptabilité aux besoins du plus vulnérable. Il nous faut, à ce stade, comprendre ce qui permet une telle adaptation, laquelle constitue avant tout un *travail* et non le résultat d'une entreprise placée sous le signe exclusif du don de soi.

Le concept de la « préoccupation maternelle primaire »

L'utilisation relativement décomplexée du terme de *travail* dans le cadre des discussions autour du *care* nous avait déjà mis sur la voie de la dénaturalisation des ressources affectives nécessaires à cette adaptation. C'est cependant dans l'œuvre de D.W. Winnicott qu'on trouve les ressources conceptuelles les plus puissantes pour penser l'adaptation aux besoins comme travail alors même qu'il s'intéresse à une relation « affective » entre toutes, celle de la mère avec son enfant. Pour percevoir les implications d'une telle position, il est utile d'opérer un détour par le concept de *préoccupation maternelle primaire* à partir duquel Winnicott a pensé l'extraordinaire disposition de la mère à répondre aux besoins de son bébé nouveau-né. La mobilisation de ce concept peut sembler paradoxale au vu de notre propos mais c'est justement parce qu'il en souligne le caractère exception-

20. Ce qu'on considère aujourd'hui comme un « besoin vital » est toujours inscrit dans le paradigme dominant depuis les années 1960 mais certaines théories de la communication, tout comme les théories relatives aux droits de l'homme, ont considérablement élargi ce que ce terme signifie. Le besoin est alors *vital* non en ce qu'il renvoie à une alternative immédiate entre la vie et la mort mais en ce qu'il spécifie la façon dont certaines carences sont ressenties comme *dévitalisantes* pour les individus.

21. Le terme d'affect est ici utilisé dans son sens le plus commun, celui promu dans les dictionnaires généraux de la langue française. Pour une discussion des principaux enjeux que recouvre ce terme dans le champ psychanalytique, on se reporterà utilement à J. Boushira et H. Parat (sous la dir. de), *l'Affect*, Monographies de psychanalyse de la revue française de psychanalyse, Paris, PUF, 2005.

nel, « anormal », que cette disposition, au-delà du cas de la bienfaisante *folie maternelle*²², peut légitimement être pensée comme travail.

Dans un de ses articles parus en 1956²³, Winnicott traite « de la relation mère-enfant la plus primitive », dont l'histoire s'écrit dès la naissance mais en continuité avec ce moment déjà si particulier de la grossesse. La période qui suit directement la naissance du bébé est caractérisée, on le sait, par l'intense dépendance du nourrisson vis-à-vis de son environnement pour sa survie même, et, au-delà, pour la qualité du développement de ce que Winnicott appelle son *self*.

On a souvent constaté que la mère d'un petit enfant est biologiquement conditionnée à sa tâche très particulière, qui consiste à s'adapter aux besoins de son enfant. En langage ordinaire, on dira qu'on se trouve en présence d'une identification – consciente, mais aussi profondément inconsciente – de la mère à son enfant. Je pense qu'il faut associer ces conceptions variées et *observer la mère en dehors de l'aspect purement biologique*. [...] Ma thèse est la suivante : au tout premier stade, nous trouvons chez la mère un état très spécifique, une condition psychologique qui mérite un nom tel que *préoccupation maternelle primaire*. À mon avis, ni dans notre littérature spécialisée, ni peut-être ailleurs, personne n'a encore prêté une attention suffisante à cet état psychiatrique très particulier de la mère²⁴.

Winnicott le caractérise de la façon suivante :

- il se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin ;
- il dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant ;
- les mères ne s'en souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises, et j'irais même jusqu'à prétendre qu'elles ont tendance à en refouler le souvenir.

Cet état organisé (*qui serait une maladie, n'était la grossesse*) pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation [...]. Je ne pense pas qu'il soit possible de comprendre l'attitude de la mère au tout début de la vie du nourrisson si l'on n'admet pas qu'il faut qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité – presque une maladie – et de s'en remettre ensuite. (C'est à dessein que j'emploie le mot « maladie », parce qu'une femme doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état, et pour s'en guérir quand l'enfant l'en délivre²⁵ [...].)

Il ajoute encore :

Tout cela est contenu dans le terme « dévoué » que j'emploie quand je parle d'une mère « ordinaire normalement dévouée » (*ordinary devoted mother*), car il y a certainement des femmes qui sont de bonnes mères de n'importe quelle autre façon, capables d'une vie

22. Autre désignation du terme de « préoccupation maternelle primaire ».

23. D. W. Winnicott, « La préoccupation maternelle primaire », dans *De la pédopsychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pour l'éd. fr. (1958, pour l'éd. originale), p. 285 sq.

24. *Ibid.*, p. 286-287. Je souligne.

25. *Ibid.*, p. 287-289. Je souligne.

riche et pleine, tout en étant dans l'impossibilité de parvenir à cette « maladie normale » qui leur permet de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant [...]. Certaines y parviennent avec un enfant et échouent avec un autre. [...] La mère qui a atteint cet état que j'ai nommé « préoccupation maternelle primaire » fournit un cadre (*setting*) dans lequel la constitution de l'enfant pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer, et où lui, l'enfant, pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de sa vie. *Il n'est pas nécessaire de parler ici de vie instinctuelle*, car ce que je décris là est antérieur à l'installation des schémas instinctuels²⁶.

Je voudrais revenir sur certains de ces développements, centraux pour notre propos : si l'adaptabilité très grande, l'hypersensibilité de la mère aux besoins de son bébé sont corrélées au fait biologique de la grossesse, Winnicott n'en considère pas moins qu'il s'agit d'une disposition « psychologique », et même « psychiatrique » puisque reliée à un état *anormal*. C'est pour cette raison que cette disposition ne peut être expliquée par des schémas instinctuels mais doit se comprendre comme une *crise*²⁷ traversée par la mère. Winnicott souligne ainsi combien la possibilité de s'adapter aux besoins nécessite un remaniement psychique profond, échappant au cours normal de la vie mentale. La disposition particulière – non automatique comme il le souligne très clairement – qui permet à la mère de s'adapter à son bébé s'explique en termes de « maladie temporaire » et en relation avec les vécus psychiques qui accompagnent la grossesse, l'accouchement et la relation nouée entre la mère et le nourrisson. On conçoit à partir de là que les relations de soin en général, dont l'exigence est ici soulignée sans concession, doivent être pensées sur la base de ressources autres que la vie psychique naturelle des soignants même si celle-ci s'articule autour de motivations personnelles fortes.

La question des relations aux patients, celles du transfert et du contre-transfert, très travaillées dans les groupes de paroles auxquels participent les soignants issus des sphères professionnelles, sont essentielles : les groupes de supervision qui en permettent l'analyse autorisent à une décharge des affects, à la reprise réflexive de ceux-ci et au partage de l'expérience de soin. Néanmoins, cette régulation essentielle ne suffit sans doute pas à l'élaboration des outils dont l'efficacité peut être mobilisée au cœur même de la relation de soin, dans son déroulement réel, auquel participe intensément le soigné.

La conscience des besoins des bébés et le délicat travail d'ajustement pour répondre à ceux-ci nécessitent une *attention* particulière

26. D. W. Winnicott, « La préoccupation maternelle primaire », art. cité, p. 287-289. Je souligne.

27. A. Watillon-Naveau, « La place de la mère », dans C. Anzieu-Premmereur, M. Pollak-Cornillot *et al.*, *les Pratiques psychanalytiques auprès des bébés*, Paris, Dunod, 2003, p. 177 *sq.*

dont nous allons voir à travers l'expérience menée à la pouponnière de Loczy qu'elle constitue le pivot de *la disposition au soin* en assurant à la fois la *fiabilité* de la relation de soin, sa continuité, et son caractère *vivant* et *non stéréotypé*.

La disposition au soin

Compte tenu de la contrainte interne à la relation de soin, qui nécessite une telle interaction, et de la qualité de présence qu'elle requiert, le risque d'épuisement psychique des soignants est grand²⁸. Ce risque peut mener à la constitution de défenses mentales²⁹, stratégies de protection de l'intégrité psychique bien connues en psychopathologie du travail. Il est à noter que la défense mentale chez les soignants peut prendre un visage quelque peu paradoxalement au regard de l'histoire de la pénibilité du travail. Depuis l'idée d'une organisation scientifique du travail conçue par Taylor pour supprimer toute « flânerie » du travailleur³⁰, la souffrance mentale et la pénibilité physique du travail sont généralement reliées à l'automation forcée des gestes et à la parcellisation extrême des tâches. Le découpage en gestes stéréotypés, reproduits en une chaîne sans fin, dévitalise complètement la relation qu'entretient le travailleur avec son corps, durant le travail mais aussi en dehors des périodes de travail, et annihile dans bien des cas ses ressources mentales de fantasmatisation et de créativité³¹. C. Dejours parle à ce sujet d'une « organisation du travail, porteuse d'une injonction *dépersonnalisante*³² ».

Le travail du soin peut se révéler pénible pour des raisons *en partie opposées* : le contact vivant dont participe le contact thérapeutique doit être soutenu par une attention et une « présence » psychiques constantes qui ne se laissent pas automatiser. Les protocoles de soins, s'ils impliquent une certaine automatisation des gestes de soin, ne contiennent aucun élément permettant de soutenir l'exigence d'un tel contact. Si l'automatisation des gestes poussée à son extrême représente une catastrophe pour les individus qui y sont soumis, on peut néanmoins penser qu'à rythmes raisonnés elle puisse contribuer à la mise en place d'une certaine « routine » professionnelle propice à la libre utilisation par le soignant de ses ressources mentales, éventuellement dans le sens d'une disponibilité relationnelle accrue vis-à-vis du soigné. La nécessité d'être toujours « sur la brèche », mentalement

28. C. Dejours, *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail* (éd. augm.), Paris, Bayard, 2000, p. 13.

29. *Ibid.*

30. *Ibid.*, p. 61.

31. *Ibid.*, p. 70 sq.

32. *Ibid.*, p. 68.

et physiquement, peut mener certains soignants à faire entièrement reposer leur activité professionnelle sur une fiction : ils ne soignent pas des gens mais des corps, qui eux-mêmes sont d'immenses « sacs à organes » qu'il est permis de manipuler sans autre forme de précaution. La formule est forte mais peut être proche d'une certaine réalité du rapport soignant-soigné. Ce qui se joue ici, c'est bien la question de la *pénibilité du contact* lui-même, auquel le soignant n'est pas forcément préparé. Au-delà de l'automatisation des gestes de soin qui, je le répète, peut parfois se révéler bénéfique pour une disponibilité mentale accrue, c'est l'automatisation des gestes de contact et de communication qui est ici questionnée comme source possible de violence. C'est le rapport à autrui qui est automatisé, qui perd de sa substance vitale. On peut l'observer par une certaine manière de s'adresser aux patients, brusque ou « simplement » stéréotypée, à des inflexions de voix spécifiques, qui intiment implicitement aux patients de se taire, de ne pas manifester qu'ils sont *présents*. Une façon de faire et de dire qui *évite* la relation et *se défait* du contact.

Il importe dès lors d'examiner si une véritable pédagogie de l'interaction ne peut être envisagée au bénéfice de tous. L'idée qu'il faut apprendre ce qu'est un contact de soin est au cœur de l'expérience menée à Budapest par la pédiatre Emmi Pikler à l'issue de la Seconde Guerre mondiale.

Loczy, une expérience singulière du respect au sein des relations de soin

L'institut Pikler³³ a été créé à Budapest en 1946 afin d'y accueillir les orphelins ou des enfants en bas âge séparés pour un temps de leurs parents. Les pratiques de cette institution se caractérisent par une pédagogie et une méthodologie tout à fait singulières, extrêmement originales pour l'époque et qui ont essaimé dans le monde entier³⁴. La méthode a été élaborée par sa fondatrice, formée à Vienne au début du siècle. E. Pikler y avait pour la première fois observé les capacités d'activités autonomes des petits enfants. Si un enfant bouge librement, il apparaît plus assuré dans sa locomotion, tombe moins et avec moins de risques. Cette observation est à l'origine d'une intuition fondatrice : le bébé n'a pas besoin de l'intervention permanente de l'adulte pour évoluer dans son développement³⁵. L'enfant peut ainsi faire l'expérience de sa puissance sur son environ-

33. Surnommé « Loczy » du nom de la rue où il est situé.

34. Cette institution a connu des difficultés financières ainsi que politiques avec le pouvoir en place en Hongrie. Diverses associations tentent de lui apporter secours financier et médiation, notamment en France.

35. Selon ces préceptes, il ne faut, par exemple, jamais mettre l'enfant dans une posture qu'il ne pourrait atteindre ou abandonner seul au stade actuel de son développement.

nement, puissance dont on sait, depuis Winnicott, qu'elle autorise la possibilité même d'un rapport au monde.

L'originalité d'E. Pikler est d'avoir cru possible l'instauration d'un milieu institutionnel propice au développement d'enfants séparés de leur environnement d'origine et cela, *sans en appeler au modèle de la relation mère-enfant*.

Pour elle, précisément, cette relation est profondément distincte de celle qu'elle souhaite voir nouée par les nurses qu'elle engage et forme à la relation de soin. Voici ce qu'écrivait, en 2002, Myriam David sur cette relation particulière entre la nurse et le bébé :

Un des points forts de l'expérience de l'Institut Emmi-Pikler est sa capacité à fournir au bébé, pendant toute la durée de son séjour, une relation humaine authentique avec quatre personnes, dont une privilégiée³⁶, qui prennent soin de lui de façon stable et dans une continuité. Cette relation est *nécessaire, indispensable et semble suffisante* pour assurer le développement harmonieux des bébés [...] et pour les préparer à aborder la suite de leur vie [...]. Néanmoins, la relation entre le bébé et la nurse à Loczy soulève toujours des discussions passionnées et passionnelles ; on se trouve inéluctablement entraîné à la mettre en concurrence avec une relation maternelle. [...] *Relations maternelle et soignante sont de nature fondamentalement différente et ne répondent pas au même objectif. La relation maternelle* est une relation « continue » qui se poursuit toute la vie et au-delà. [...] Les *interactions auxquelles elles donnent lieu n'ont d'autres objectifs que de vivre cette relation*. [...] Le soin est] en quelque sorte *au bout de la chaîne, un véhicule porteur de cette relation intime*. Il en résulte, dans la très grande majorité des cas, des soins « suffisamment » bons, selon l'expression de Winnicott, c'est-à-dire imparfaits, mais qui se prêtent à ce riche langage corporel interactif à l'intérieur duquel chacun s'impose à l'autre et au cours duquel se construit le sentiment d'« appartenance mutuelle³⁷ ».

En revanche, lorsqu'un bébé est privé de son entourage habituel et soigné par un tiers³⁸, il est en situation d'angoisse et d'inquiétude :

Pour être acceptables [les soins] doivent être prodigues de façon à restaurer la sécurité, créer un sentiment de bien-être et de plaisir. C'est dire que la soignante doit tenir compte de la sensibilité du bébé, de ses craintes telles qu'il les exprime à travers ses réactions motrices et toniques ; il lui faut ajuster ses gestes et manipulations à ces manifestations du bébé qu'elle doit être capable de percevoir et de respecter. La science et l'art du soin sont alors bien nécessaires³⁹.

36. Quatre nurses se relayent autour du même groupe de bébés mais chaque bébé a une nurse de référence qui centralise les commentaires issus de l'observation très précise de son développement et de l'attention portée à ses besoins, à ses goûts et à son caractère.

37. M. David, « Pour une meilleure connaissance du bébé. Contribution de l'Institut Emmi-Pikler », dans A. Szanto-Feder (sous la dir. de), *Loczy : un nouveau paradigme ?*, Paris, PUF, 2002, p. 31 *sq*, ici p. 41-42.

38. On entendra ici cette expression de façon distincte de celle utilisée par Lacan.

39. M. David, « Pour une meilleure connaissance du bébé... », art. cité, p. 43.

M. David attire en outre l'attention sur ce point essentiel :

La relation entre bébé et soignante est vouée à de grandes difficultés si elle s'appuie sur la maternalité latente de celle-ci, en créant l'illusion d'une relation maternelle [...]. Certes, les motivations conscientes et inconscientes qui gouvernent la maternalité sont inévitablement réveillées par des contacts intimes avec un bébé, mais elles ont besoin d'être contrôlées, mises en sourdine⁴⁰.

C'est ce que permettent justement les méthodes de l'Institut Pikler, notamment grâce à la confiance fondamentale accordée à *l'activité libre, autonome du bébé*⁴¹ pendant les soins mais aussi *en dehors* de ceux-ci. L'idée que le bébé, dès lors que ses besoins fondamentaux, parmi lesquels celui de compter sur un environnement prévisible et fiable, sont rencontrés, est capable de mener une *vie propre* dont les nuances sont fonction de son stade de développement est l'un des pivots de la méthode de Loczy. C'est de cette façon que se constitue une figure du rapport de soin où l'autre n'est pas le réceptacle de projections inconscientes comme c'est parfois le cas lors d'autres interactions thérapeutiques⁴². Une formation très poussée des nurses est réalisée afin que celles-ci puissent se sensibiliser aux signaux envoyés par les bébés, à l'expressivité de ceux-ci, et être réceptives aux évolutions de l'enfant. L'attention bienveillante ainsi formée se concrétise en une réelle *pragmatique du soin*. Lorsque la nurse s'occupe d'un bébé, elle lui consacre une attention exclusive malgré la présence d'autres bébés dans la pièce, et l'avertit doucement de tout ce qu'elle va faire dans le cadre du soin (même le contact initial entamé par la nurse se suspend le temps nécessaire à ce que l'enfant « réponde » à celui-ci). Elle l'entoure de ses bras et de ses mains afin que le contact parvienne à l'enfant au travers de ce toucher délicat et afin qu'il puisse se blottir au creux du corps de la nurse. Celle-ci ne lui impose aucune position qu'il ne pourrait prendre lui-même et le laisse participer aux soins : l'enfant, si petit soit-il, est actif dans les soins et la nurse totalement attentive à ce qu'il exprime. Les rythmes

40. M. David, « Pour une meilleure connaissance du bébé... », art. cité.

41. C'est lors de consultations au sein des familles, avant même l'ouverture de Loczy, qu'E. Pikler avait pu constater le plaisir que l'enfant a à expérimenter son corps et ses relations avec l'environnement. Sécurisé, il est plein d'initiatives créatrices, acquiert de nouvelles capacités qui lui permettent de poursuivre son développement. Cette libre activité du bébé, reconnu comme un *nourrisson compétent* – c'est-à-dire possédant en quelque sorte un savoir initial sans cesse accru par le cours non perturbé de ses propres expériences –, fait dorénavant partie des figures du développement enfantin telles que la psychologie du développement les conçoit. On a observé que des enfants relativement petits étaient tout à fait capables d'occuper ainsi leur temps, sans angoisse, sécurisés qu'ils étaient de savoir qu'un moment viendrait où la nurse serait tout à eux. Celle-ci, par ailleurs, peut s'occuper sans culpabilité d'un enfant puisqu'elle sait que ceux dont elle ne s'occupe pas vivent un moment de créativité et non d'abandon. Il faut résister à la tentation de faire intrusion dans cette activité ou d'interrompre celle-ci avant que le bébé lui-même ne le souhaite.

42. Voyez dans ce même dossier l'évocation par N. Zaccâï-Reyners du problème de la projection et de l'identification psychique des soignants.

naturels de l'enfant sont respectés au maximum. La tonalité générale de la relation est celle d'une réserve affectueuse⁴³.

Il est intéressant de constater que c'est cette attention « formée » et « soutenue » en permanence par divers outils cognitifs qui permet à l'interaction entre la nurse et le bébé de se former *au départ des gestes de soin* et de s'enrichir à travers eux. C'est également l'une des sources de gratification de ce travail.

Le point central de la théorie d'E. Pikler consiste donc en la création d'un intérêt vivace et confiant envers l'enfant, qu'il soit ou non en période d'interaction avec la nurse. Cela n'empêche pas les mouvements projectifs mais cela les maintient à leur juste place.

La constitution de cet *intérêt vivace* repose, comme on l'a dit, sur la valeur accordée à l'activité libre du bébé comme socle garant de sa personne, mais aussi sur une science du contact très élaborée. La professionnalisation du contact empêche que la relation nurse-bébé soit d'emblée saturée par les ressources et les projections affectives issues d'une position prêtant à confusion. Le but est que la nurse développe une curiosité consciente envers l'enfant et lui prodigue la qualité de contact et de présence la meilleure possible. C'est la joie que crée ce contact dans le chef du nourrisson et l'attachement qui en découle qui gratifient la nurse. L'enfant se développe harmonieusement grâce à ses soins et la communication qu'elle entretient avec le bébé lui procure des satisfactions. Elle considère celui-ci comme un *partenaire de soin*.

La place de la mère n'est donc pas « occupée », mais les soins que les nurses pourvoient aux enfants permettent que le manque issu du placement de l'enfant en institution ne soit pas irrémédiablement destructeur, toute la difficulté résidant dans la nécessité de rendre aptes ces enfants à tisser des liens profonds et significatifs avec leur environnement. Il est remarquable que les soins prodigués de cette manière, *selon une logique du respect plutôt que de l'amour*, aient permis à ces mêmes enfants devenus grands d'investir libidinalement le monde et d'éprouver de l'amour pour leurs proches – conjoint, enfants.



Cette réflexion sur les relations de soin nous conduit à repenser et à nuancer la place qu'occupe la « dimension affective », inéluctablement présente, on l'a vu, au sein de ces interactions singulières. Partant, il a paru essentiel d'appréhender la *disposition au soin* à partir d'autres sources que celles placées sous le signe exclusif du don de soi.

43. Veuillez sur tous ces points le documentaire très éclairant de Bernard Martino qui a filmé la pouponnière entre 1996 et 2001 : *Loczy, une maison pour grandir*.

Qu'est-ce qu'un soin ?

La perspective ouverte par les « logiques du respect » semble sur ce point très convaincante et mérite une élucidation davantage approfondie. Ces logiques semblent se caractériser principiellement *par la sauvegarde des conditions d'existence et d'interaction des subjectivités au sein même d'une relation par essence asymétrique*.

Intrinsèquement indépendantes des logiques de l'amour même si souvent connectées à celles-ci dans les faits, les logiques du respect appartiennent en propre au champ des relations sociales et leur production relève avant tout d'une *compétence pratique* élaborée au sein de ce champ et non de l'existence de vertus morales.

On conclura cette discussion autour du soin par ce constat étonnant : il est pragmatiquement possible de « produire » du respect par le biais d'interactions asymétriques comme le sont en particulier les relations de soin, sinon les relations humaines, en général. L'asymétrie ne fait donc pas obstacle à la vitalité propre aux interactions, pas plus qu'à une certaine expérience de la réciprocité, nécessaire aux soignants comme aux soignés.

Virginie Pirard