

Pages de début

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 1 À 4
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0001

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-1?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 Presses Universitaires de France.

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.

À quel soin se fier ?

QUESTIONS DE SOIN

Collection dirigée par Frédéric Worms

COMITÉ ÉDITORIAL

Lazare Benaroyo, Céline Lefève, Claire Marin,
Jean-Christophe Mino, Nathalie Zaccai-Reyners

Le soin n'est pas seulement la réponse technique et éthique aux besoins de l'homme qui souffre mais, à travers des expériences, des relations et des pratiques multiples, une dimension constitutive de la vie humaine, individuelle et collective. Il fait l'objet aujourd'hui des débats les plus vifs, de la médecine jusqu'à la philosophie morale et politique en passant par les sciences humaines et sociales, la littérature et les arts. L'objet de cette collection, animée par un collectif interdisciplinaire et international, est d'en donner à comprendre, par de brefs ouvrages synthétiques, les nombreux enjeux théoriques et pratiques.

Sous la direction de
Claire Marin et Frédéric Worms

À quel soin se fier ?

Conversations avec Winnicott



ISBN 978-2-13-063145-3
ISSN 2262-3507

Dépôt légal – 1^{re} édition : 2015, janvier

© Presses Universitaires de France, 2015
6, avenue Reille, 75014 Paris

Introduction

S'orienter avec Winnicott : médecine, soin, vie humaine

Claire Marin, Frédéric Worms

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 5 À 18
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0005

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-5?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 Presses Universitaires de France.

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](https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-5?lang=fr).

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.

Introduction

S'orienter avec Winnicott : médecine, soin, vie humaine

Claire Marin et Frédéric Worms

Toute la pensée de Donald W. Winnicott (1896-1971) est devenue une orientation aujourd'hui dans tous les domaines : non seulement dans la psychanalyse, non seulement pour chaque « mère » (ou père) « suffisamment bonne » (ou bon) – ce qui ne serait déjà pas rien ! –, mais pour tous les métiers du soin, pour la philosophie du soin et donc pour la philosophie en général, du principe premier de la vie humaine jusqu'à la morale et la politique. Chacun de ses textes de nature si variée pourrait le prouver : de la « conversation ordinaire » (qu'il menait régulièrement à la BBC) jusqu'à la communication scientifique, en passant par les recueils déterminants où il élabore ses principaux concepts – « objet transitionnel », « lieu où nous vivons », « capacité à être seul », parmi d'autres.

Mais rien ne le montrera mieux que le bref texte que nous republions ici, sobrement intitulé *Cure*, et où Winnicott, s'adressant à des médecins, fait pivoter toute sa pensée autour de la question du *soin*. Telle est en tout cas la conviction de ceux, philosophes, sociologues, médecins, qui ont bien voulu que leurs « conversations » avec Winnicott, autour de ce texte, en accompagnent ici la réédition¹, pour en souligner l'importance.

On résumera celle-ci d'un mot : *cure*, mais dont Winnicott montre qu'il risque aujourd'hui de perdre son sens profond (contenu dans le mot « soin » en français) en se restreignant au « remède » technique et au seul « traitement » médical, mutilant ainsi la médecine *elle-même*, qui comprend une autre dimension. Pour désigner cette autre dimension, contenue à l'origine selon lui dans le mot *cure*, Winnicott a recours alors à un autre terme, qui est au centre aujourd'hui de nombreux débats, mais qu'il éclaire de manière originale à travers une autre question centrale, qui renvoie à toute sa pensée et au cœur des relations humaines. Cet autre terme, qu'il faut adjoindre au *cure*, c'est déjà ici le *care*², au point que Winnicott

1. Voir *infra* Remerciements et Note bibliographique.

2. On notera que Winnicott renvoie à la notion de *care* dans ce texte prononcé en 1970, bien avant que ne se développent, dans un tout autre sens,

invente ici une notion double : le *care-cure*¹ ! Mais cet éclairage qui lui est propre et qui est décisif pour définir le *care*, c'est quelque chose de très simple et profond : la *confiance*. C'est elle, sous ce nom de confiance et celui, sans aucun doute plus objectif et « professionnel », mais non moins exigeant et déterminant, de « fiabilité », qui est au cœur du soin et de la médecine, en écho cependant aux soins suffisamment bons de la préoccupation maternelle pour l'enfant. La confiance dans le soin, dans le médecin, dans ceux qui nous soutiennent et nous portent (le *holding*, qui est chez lui au centre du soin premier et qui conditionne notre existence même) dans la vie, tel est donc bien, finalement, le thème de cette conférence qui conduit au cœur du soin, de la médecine, de la vie humaine.

On ne fera ici qu'insister encore en quelques mots sur cet enjeu central, avant de présenter les « conversations » qui, à la suite du texte,

les « éthiques du *care* », à partir notamment du livre de Carol Gilligan, *Une voix différente*, tr. fr., Flammarion, coll. « Champs », 2008. Sur l'éthique du *care*, voir F. Brugère, *L'Éthique du care*, Puf, coll. « Que sais-je ? », 2011.

1. Voir *Cure*, in *Home is where we start from*, New York, Norton, 1986, p. 119, et dans la traduction française, *Cure*, in *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, p. 132. La traduction laisse le terme *care-cure* en anglais et le complète par « (soin-traitement) ». Voir notre note sur la traduction, *infra*, et la note bibliographique.

en déplieront tous les aspects. Nous insisterons auparavant sur un dernier point : la place de la psychanalyse. Winnicott est passé « de la pédiatrie à la psychanalyse », sans abandonner bien sûr la première, mais en donnant toute sa confiance à la seconde précisément parce qu'elle est à ses yeux un cadre, une école et une thérapie de la confiance ou du rétablissement de la confiance, en l'autre et en soi. Il était conscient de ses ressources, de ses tensions, des résistances qu'elle suscitait. Mais il cherchait à en prouver le mouvement, en avançant au cœur des questions les plus vives. C'est ce que l'on a tenté ici de suivre, dans cette réflexion philosophique sur le soin et la médecine, avec des philosophes et des médecins, mais en appelant de nos vœux une réflexion d'ensemble sur cette pensée, sur cette œuvre, sur ces questions vitales aujourd'hui.

Celle-ci pourra donc commencer par la question du « soin » et la manière dont elle est abordée ici.

Philosophie de la relation médicale : *cure* et *care*

De quelle façon Winnicott aborde-t-il donc ce qu'il appelle ici *cure* ?

S'il insiste d'abord sur le sens du *cure* et du *care*, c'est que l'éclipse d'un mot par un autre, ici le prendre soin (*care*), qui disparaît au profit du traitement (*remedy*)¹ dans le *cure*, qui devrait au contraire les unir, trahit comme toujours un tournant. En bon psychanalyste, Winnicott sait que l'oubli d'un mot signifie parfois l'oubli d'un pan fondamental d'une histoire. Dans le cas de la médecine, c'est le sens même de sa pratique et plus profondément son essence qui se joue. En négligeant sa dimension relationnelle, la médecine trahit « la philosophie qui sous-tend notre pratique de médecins, c'est-à-dire, en quelque sorte, la religion de la relation extérieure »². Il ne s'agit pas seulement d'une question de valeurs, mais, de manière très concrète, de la question de la guérison : l'oubli de cette part relationnelle du soin pourrait annuler les effets bénéfiques du traitement lui-même. Les spécialistes, absorbés et fascinés par la résolution technique d'un problème médical, sont même susceptibles « de causer beaucoup de souffrance sans le savoir »³. Comme s'ils avaient désappris ce qui est au cœur du soin, qu'il soit d'ailleurs médical ou maternel, à savoir la capacité à reconnaître les

1. « C'est ce passage de *care* à *remedy* qui m'occupe ici. », p. 22.

2. Voir *infra*, notes sur la traduction et le texte de F. Worms, p. 21 et 40.

3. Voir p. 32.

besoins spécifiques d'un patient ou d'un enfant. Aux yeux de Winnicott pourtant, la médecine devrait être inséparable de cette capacité comme il le laisse deviner dans une courte parenthèse :

(J'admets pour le moment que nous sommes capables de reconnaître la dépendance là où elle existe et de nous adapter à ce que nous trouvons¹.)

Cette parenthèse n'a l'air de rien, mais elle pose une question profonde : sommes-nous capables de reconnaître la dépendance et de nous y adapter ou n'essayons-nous pas de la minimiser par hantise de ne savoir y faire face ? Reconnaître et répondre à ce besoin, c'est là un enjeu qui touche à la nature des relations humaines, en tant qu'elles nous construisent, mais qui interroge également la structure et la fonction de nos sociétés : Winnicott lui-même définit la démocratie comme « extension politique de la facilitation familiale »².

Il ne s'agit donc pas d'une simple querelle de mots, mais bien de notre existence à tous. Dans le sens des mots *cure* et *care* se joue l'essence de la relation la plus fondamentale entre les hommes. Cette réflexion sur le soin est une étude philosophique sur la fragilité humaine et notre capacité

1. Voir p. 23-24.

2. Voir p. 34.

à y répondre. Malgré la modestie apparente de cette conférence de Winnicott, ce sont les lignes d'un questionnement décisif qui s'esquissent, tant pour le malade que pour le soignant.

On peut enfin souligner ici, dans ces premiers éléments d'introduction, un aspect spécifique et significatif de l'écriture de Winnicott, à savoir la valeur du pronom personnel « nous ». Dans cet texte, le « nous » de Winnicott fluctue : il renvoie aux soignants dans leur ambition commune de soin¹ et dans leur pratique, aux psychanalystes lorsque Winnicott évoque le cadre technique de la confiance qu'ils instaurent dans la relation thérapeutique², mais également de manière parfois plus discrète mais aussi plus fondamentale, à chacun d'entre nous, dans l'enfance, la maladie ou la vieillesse. Ainsi, Winnicott nous le fait bien comprendre, il ne s'agit pas de parler des soignants d'une part et des patients de l'autre, comme s'il s'agissait de deux types d'individus nettement distincts, puisque nous sommes tous, sans nécessairement en avoir pleinement conscience, dépendants d'autrui. C'est ainsi peut-être que l'on peut

1. Voir p. 25 : « Ce qui m'intéresse ici, c'est de voir la manière dont vous et moi pratiquons la médecine, la chirurgie ou dont nous soignons les gens, quand nous le faisons bien [...] »

2. Voir p. 28 *sqq.*

comprendre le passage *a priori* surprenant où Winnicott évoque la parfaite égalité entre soignant et patient, là où l'on serait plutôt tenté de voir une dissymétrie et un rapport de pouvoir¹. Plus encore, le soignant lutte contre cette tentation même de tirer de la vulnérabilité de l'autre un sentiment de supériorité. C'est là la marque de son professionnalisme².

Winnicott parle d'un « jeu d'identifications croisées ». Il faut se souvenir³ que le jeu est pour Winnicott bien plus qu'une distraction et qu'il participe de la construction de soi. Par « jeu d'identifications croisées », il entend : conscience sensible de notre condition commune, d'une vulnérabilité partagée et du besoin partagé par tous d'avoir quelqu'un sur qui compter. C'est là ce que son écriture et l'usage du « nous » signifie : elle nous renvoie en profondeur à nous-mêmes. On le verra à la lecture des différentes « conversations avec Winnicott » ici rassemblées.

1. Voir p. 27 : « Dans la structure sociale, il y a des hiérarchies, mais il n'y en a pas dans la confrontation clinique. »

2. Voir p. 31 : « Le médecin, l'infirmier, toute personne soignante adopte naturellement une attitude professionnelle vis-à-vis du patient. Cela n'implique aucun sentiment de supériorité. »

3. Voir D. W. Winnicott, *Jeu et Réalité*, tr. fr., Paris, Gallimard, coll. « Folio-essais », 2002.

Présentation des contributions

La contribution de Frédéric Worms se propose de suivre le texte de Winnicott dans son mouvement propre en trois étapes. Il retrouve d'abord l'essence du soin, dans une confiance, qui est encore au cœur de la médecine, même si celle-ci menace, au péril de son sens, de l'oublier. Il formule ensuite, grâce à l'expérience de la psychanalyse, des règles qui permettent de formaliser cette confiance de manière rigoureuse, d'en énoncer les principes qui sont aussi les commandements de tout soin relationnel. Enfin il revient de là vers la confiance, qui est au cœur du soin primaire de chaque individu comme de la société politique en démocratie. De sorte que le texte fournit bien autour du soin une philosophie théorique et pratique de la médecine, mais aussi de la vie humaine en général.

Selon Claire Marin, Winnicott nous encourage à envisager le soin dans la durée et plus exactement à considérer des histoires de soin. Autrement dit, à comprendre le sens des gestes de soin dans l'histoire parfois troublée d'un patient que la maladie vient de nouveau ébranler, mais aussi dans l'histoire du soignant lui-même : quelles sont les raisons qui le poussent à se confronter volontairement à la souffrance et la vulnérabilité ? Le besoin de dépendance

peut se relire selon deux perspectives : le besoin des enfants, des malades, des personnes âgées à dépendre de quelqu'un d'autre, mais également, de manière plus inattendue peut-être le besoin de certains d'entre nous d'accueillir cette dépendance et de la rendre plus supportable. C'est bien en prenant en compte ces histoires respectives du soin que nous pourrions identifier ce qui nourrit l'élan du soin mais aussi ce qui lui fait obstacle.

C'est ce que se propose d'analyser Thomas Périlleux en revenant dans un premier temps sur un moment biographique fort de l'enfance de Winnicott pour commenter la notion d'identifications croisées. Leur nécessité, pensée comme l'une des conditions d'un soin « suffisamment bon », ne doit pas pour autant effacer la distinction des places et annuler l'exercice de la séparation, dans la mesure où ils conditionnent la fiabilité elle-même. Relisant le texte de Winnicott dans un service d'urgence de psychiatrie, Thomas Périlleux en souligne toute l'actualité : il reste encore à penser « un cadre professionnel et un lieu de réflexion personnelle pour éprouver la juste distance entre le rejet et l'attachement aux patients. »

Jean-Christophe Mino met l'accent sur le renversement que propose Winnicott en définissant essentiellement « la médecine comme pratique

s'exerçant sur et avec des humains vulnérables et vulnérabilisés ». Dans cette interprétation, le *cure* n'est pas problématique, puisque sa valeur est reconnue, et il devient ainsi d'une certaine manière un élément secondaire de la réflexion. Nous savons tous, dit Winnicott, ce que nous devons à la médecine qui a guéri nos proches, nous a épargné des souffrances et des handicaps. L'enjeu de la réflexion est donc ailleurs : sur la manière dont la médecine peut et doit alléger et soutenir à la fois l'expérience de vulnérabilité. On pourrait conforter cette interprétation en soulignant un terme de la version originale, employé par Winnicott, celui de « *mal-praxis* »¹. Le risque existe en effet que la relation qui s'instaure dans une situation thérapeutique sorte du cadre de la confiance professionnelle et que le soignant se laisse déborder par des affects qui n'ont pas leur place dans ce cadre. Se confronter à la vulnérabilité et y répondre est donc bien un savoir pratique dont Winnicott essaie ici de penser les conditions.

Or, pour ce faire, il choisit de se tourner vers le premier modèle de soin, à savoir le soin parental. Frédérique Bisiaux revient sur la démarche *a priori*

1. D. W. Winnicott, *Cure*, in *Home Is where we Started from*, New York, Norton, 1986, p. 117.

surprenante de Winnicott qui, relativisant la prétention techniciste de la médecine, identifie dans le soin parental un cadre susceptible d'orienter la pratique médicale. En effet, dans la prise en charge du nourrisson comme dans celle du malade, la structure individu/environnement est essentielle, et les conditions de confiance et de fiabilité apparaissent comme des éléments fondamentaux : ils permettent en effet d'une part le développement de l'enfant et de l'autre la restauration de la santé. C'est de manière plus générale la notion de *holding* qui marque la continuité entre les soins de l'enfant et du malade. Une même dialectique de la distance et de la proximité y est à l'œuvre. L'approche médicale doit donc retrouver dans ce soin premier l'idée d'un « soin adapté à une singularité dont il épouse la forme originale ».

Plus globalement, les pratiques de *holding* peuvent s'analyser selon une perspective sociologique et politique. Nathalie Zaccai-Reyners reprend la distinction de Winnicott entre le clinicien pratiquant pour son propre compte et celui qui agit pour la société. Le risque est bien que les soignants, soucieux de leur propre intérêt, oublient leur rôle au sein de la société. Or, la configuration socio-économique actuelle par son approche quantitative du travail favorise la valorisation et la rétribution

de la dimension curative du soin, formalisée et objectivée, au détriment de sa dimension relationnelle, beaucoup plus difficile à comptabiliser. Ce travail relationnel, s'il est essentiel à une bonne prise en charge du malade, souffre de son invisibilité structurelle : plutôt que de s'afficher, il tend plutôt à s'effacer. Comme le souligne très justement Nathalie Zaccai-Reyners, « sa qualité réside même dans sa capacité à masquer sa pénibilité ».

On comprend bien que la question de la qualité des échanges du corps soignant avec les patients n'existe finalement qu'en marge de l'institution médicale, très concentrée sur des réflexions plus quantitatives et techniques. Dans son étude, Sylvie Fortin interroge la logique de la technicité ou de la performance technique dans l'exercice du soin, ce que l'on pourrait appeler la conception « athlétique » de l'exercice du soin, logique qui contamine jusqu'aux professions censées incarner l'essence du soin dans leur pratique. En effet, désormais, même chez les infirmières, la technicité semble recherchée, car elle est vectrice de reconnaissance et d'estime professionnelle. Or, cette logique du défi technique engendre une double hiérarchie : celle des patients dont les pathologies se prêtent plus ou moins bien à ce type d'approche (ceux qui sont guérissables et

ceux qui ne le sont pas) et celle des soignants dont la valeur serait relative au type de médecine exercée. C'est ainsi que certaines professions, comme celle de médecin généraliste, se voient délaissées au profit de spécialités plus valorisantes et vécues sur un mode plus intense.

S'appuyant sur une enquête sur des étudiants en soins infirmiers, Nicolas Marquis questionne concrètement la notion des identifications croisées, en la prenant au pied de la lettre. Devient-on meilleur soignant lorsque l'on a été soi-même soigné ? Cette expérience de soin rend-elle le soignant plus humain, plus efficace dans sa pratique de soin ? Les résultats ne vont pas nécessairement dans le sens de l'analyse de Winnicott : il semble plus difficile d'accepter la dépendance vis-à-vis d'un soignant quand on est soi-même soignant. Comme si la construction du soignant se faisait dans une lutte contre la dépendance et non dans sa facilitation. On voit quelles questions essentielles cette étude soulève : celle de la place et de l'image de la dépendance dans nos sociétés contemporaines. Comment gérer, demande Nicolas Marquis, une dépendance devenue socialement indésirable et individuellement insupportable ?

Donald W. Winnicott

Cure (1970)

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 19 À 38
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0019

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-19?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 Presses Universitaires de France.

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](https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-19?lang=fr).

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.

Donald W. Winnicott

Cure

(1970)¹

1. ©Gallimard. D. W. Winnicott, *Cure*, in *Conversations ordinaires*, tr. fr., Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 2004. Les notes sont ajoutées par les éditeurs du présent volume.

Profitant de l'occasion qui m'est offerte ici, j'aimerais vous faire part de certaines pensées et impressions que, je crois, nous pouvons tous avoir.

Ce n'est pas de l'expérience intérieure – qui n'est pas spécialement de mon ressort – que je vous parlerai, mais de la philosophie qui sous-tend notre pratique de médecins, c'est-à-dire, en quelque sorte, de la relation extérieure¹.

Nous avons ce mot dans notre langue, ce bon mot : *cure* (soins, cure, traitement, guérison). Si ce mot pouvait parler, il nous raconterait certainement une histoire. Les mots ont ceci de précieux qu'ils possèdent des racines étymologiques ; ils ont une histoire : comme les êtres humains, ils doivent parfois se battre pour affirmer et conserver leur identité.

Au niveau le plus superficiel, le mot anglais *cure* met en évidence un dénominateur commun entre pratique religieuse et pratique médicale. Je crois qu'à l'origine *cure*² signifie *care* (soin, intérêt,

1. La traduction française fait disparaître dans ces deux expressions le mot de « religion ». Le texte original est le suivant : « I do not deal with the religion of inner experience [...] but I deal with the philosophy of our work as medical practitioners, a kind of religion of external relationship. », in *Cure*, in *Home Is where we Come from*, *op. cit.*, p. 112.

2. Le mot *cure* est en majuscules dans l'édition originale.

attention). Vers 1700, le sens du mot a commencé à bouger¹ et à désigner le traitement médical, comme dans la *cure* thermale. Un siècle plus tard s'y ajoutait celui d'heureux dénouement : le malade recouvre la santé, la maladie est éliminée, le mal exorcisé (guérison). Les vers : « *Let the water and the blood / Be of sin the double cure*² », traduisent déjà assez clairement le passage du *care* (soin) au *cure* (traitement), cette transition qui m'occupe précisément ici.

La pratique médicale montre que dans l'usage même du mot, il y a un écart entre les deux significations extrêmes. *Cure*, au sens de traitement, d'éradication de la maladie et de sa cause, tend aujourd'hui à prendre le pas sur le sens de *care* (soin, intérêt, attention). Les médecins praticiens sont sans cesse en train de livrer bataille pour empêcher que les deux sens ne perdent contact l'un avec l'autre. On pourrait dire que le généraliste prend *soin* du patient, s'intéresse à lui, mais qu'il doit

1. Le sens du mot ne se contente pas d'« évoluer » selon Winnicott, il « dégénère » : « About 1700 it started to degenerate into a name for a medical treatment, as in water-cure. », in *Cure*, in *Home Is where we Come from*, *op. cit.*, p. 112.

2. « Que l'eau et le sang / Soient le double traitement du péché. » (N. D. T.). Ces vers sont extraits d'une hymne populaire chrétienne, *Le Rocher des âges* (*Rock of Ages*), composé en 1763 par le révérend et poète anglais Augustus Montague Toplady.

aussi connaître les remèdes. En revanche, le spécialiste est pris dans des problèmes de diagnostic et d'éradication de la maladie, et il faut qu'il fasse un effort pour se rappeler que le « prendre soin » fait aussi partie de la pratique médicale. Dans le premier cas, le médecin est un travailleur social qui pêche, en quelque sorte, dans les mêmes eaux que le prêtre ou le pasteur. Dans l'autre cas, le médecin est un technicien, aussi bien quand il fait le diagnostic que quand il traite la maladie.

Le champ est si vaste qu'à un moment donné on ne peut plus éviter la spécialisation. Mais puisque nous réfléchissons à ces questions, il n'est pas interdit de tenter une approche globale.

Qu'est-ce que les gens attendent de nous, médecins, personnes soignantes, qu'attendons-nous nous-mêmes de nos collègues lorsque nous sommes immatures, malades ou vieux ? Ces états – immaturité, maladie, vieillesse – engendrent la dépendance. Ce qu'on attend donc de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous. On demande aux médecins, mais aussi aux infirmiers et infirmières et aux travailleurs sociaux, d'être humainement (et non mécaniquement) fiables, on veut que cette fiabilité (cette possibilité de dépendre de nous) fasse partie de notre attitude générale. (J'admets pour le moment que nous

sommes capables de reconnaître la dépendance là où elle existe¹ et de nous adapter à ce que nous trouvons.)

Il n'est pas question de contester ici la valeur d'un remède efficace. (Si je ne suis pas infirme et si ma femme est encore en vie, c'est grâce à la pénicilline, par exemple.) La science appliquée à la pratique médicale et chirurgicale ne saurait être mise en question. Nous n'allons pas sous-estimer tel ou tel médicament. Une fois cela admis, l'observateur et le penseur peuvent passer à d'autres considérations.

La rencontre de la fiabilité avec la dépendance, tel est le thème de cette causerie. On s'apercevra très vite que ce sujet nous entraîne dans des complexités infinies, qui nous obligeront à fixer artificiellement des frontières pour délimiter le débat.

Vous vous rendrez compte immédiatement qu'en présentant ainsi les choses je marque la différence entre le médecin pratiquant pour son propre compte et celui qui agit pour la société. Je dois dire que, si je critique la profession médicale, je suis pourtant fier de lui appartenir depuis cinquante ans, et je vous assure que je n'ai jamais voulu être autre chose que médecin. Mais je vois ce

1. « Là où elle existe » : ajout de la traduction française.

qui saute aux yeux, ce qui ne va pas dans nos attitudes et nos objectifs sociaux ; et je n'ignore rien, croyez-moi, de la poutre qui est dans mon œil. C'est peut-être lorsque nous sommes nous-mêmes patients que nous voyons le mieux les défauts de nos confrères ; en même temps, c'est lorsque nous avons été malades et avons guéri que nous savons le mieux ce que nous devons au corps médical.

Je ne parle naturellement pas ici des erreurs. J'en ai personnellement commis et je déteste y penser. Une fois, c'était avant l'ère de l'insuline, j'ai perdu un patient diabétique, par ignorance, en tentant stupidement d'appliquer les instructions de mes patrons. L'homme, de toute façon, serait mort, mais de le savoir ne me soulage pas. Et j'ai fait pire encore. Heureux le jeune médecin qui ne trahit pas son ignorance avant de s'être fait une position parmi ses collègues qui le verront patauger dans des catastrophes. Mais nous marchons dans des sentiers battus. Il faut admettre l'erreur, c'est elle qui rend l'homme attachant.

Ce qui m'intéresse ici, c'est de voir la manière dont vous et moi pratiquons la médecine, la chirurgie ou dont nous soignons les gens, *quand nous le faisons bien* ; ce n'est pas d'alimenter nos remords.

Que choisir ? Je suis bien obligé de me reporter à l'expérience que j'ai acquise dans le domaine bien

particulier de la pratique psychanalytique et de la psychiatrie infantile. Il me semble qu'à son tour la pratique psychiatrique peut énormément apporter à la pratique médicale. La psychanalyse ne se contente pas d'interpréter l'inconscient refoulé ; elle offre à la confiance un cadre professionnel, dans lequel ce genre de travail peut s'effectuer.

Pour ma part, j'étais pédiatre, je soignais des enfants et leurs parents quand je me suis tourné peu à peu vers la psychanalyse. La psychanalyse (comme la psychologie analytique) repose sur une théorie et sur la formation intensive de quelques individus qui ont choisi cette voie et qui ont été choisis. Le but de la formation est d'enseigner une psychothérapie qui atteigne les motivations inconscientes et qui utilise essentiellement ce qu'on appelle le « transfert ». Ainsi de suite.

Je citerai maintenant certains principes qui se dégagent du travail que nous effectuons, mes confrères et moi. J'ai retenu six catégories descriptives.

- 1) Les hiérarchies.
- 2) Qui est malade ? La dépendance.
- 3) Ce que signifie pour nous la position « *care-cure* » (« soin-traitement »).¹

1. Le titre original du 3^e point est « Effect on us of the Care-Cure Position ».

- 4) Autres effets.
- 5) La gratitude comme acte propitiatoire.
- 6) Le *holding*. La facilitation. La croissance duelle.

1) Tout d'abord, la question des hiérarchies. Nous constatons que lorsque nous sommes face à un homme, une femme ou un enfant, il n'y a plus que deux êtres humains à égalité. Les hiérarchies tombent. Je peux être médecin, infirmier, travailleur social, surveillant – ou, en l'occurrence, psychanalyste, ou bien prêtre. Cela ne fait aucune différence. Ce qui importe, c'est la relation interpersonnelle, avec toute la richesse et la complexité des nuances humaines que cela implique.

Dans la structure sociale, il y a des hiérarchies, mais il n'y en a pas dans la confrontation clinique.

2) Dès lors, on se pose très vite la question : lequel des deux est malade ? Quelquefois, c'est une affaire de commodité. Il faut bien comprendre que la notion de maladie, d'« être malade » apporte un soulagement immédiat car elle justifie la dépendance, et celui qui est capable d'assumer sa maladie en tire un bénéfice spécifique. Le « vous êtes malade » me place tout naturellement dans la position de celui qui répond aux besoins, c'est-à-dire aux besoins d'adaptation, d'intérêt et de fiabilité, à celui de *cure* dans le sens de *care* (intérêt, attention).

Le médecin, l'infirmier, toute personne soignante, adopte naturellement une attitude professionnelle vis-à-vis du patient. Cela n'implique aucun sentiment de supériorité.

Lequel des deux est donc malade ? On pourrait presque dire qu'assumer la fonction de guérir les maladies est aussi une maladie ; ce n'est que l'autre face de la médaille. Nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous. Le Doyen de Derby citait récemment saint Vincent-de-Paul disant à ses disciples : « Priez pour que les pauvres nous pardonnent de les aider. » Nous pourrions de même prier pour que les malades nous pardonnent de répondre à leurs besoins de malades. Nous parlons d'amour, mais s'il faut que l'amour soit prodigué par des professionnels, dans un contexte professionnel, alors le sens du mot doit être bien explicité. Au xx^e siècle, ce sont les psychanalystes qui se chargent de cela.

3) Voyons maintenant quelles conséquences cela entraîne, pour nous qui « prenons soin » et « traitons », de jouer le rôle de celui qui prend soin et s'intéresse. Je vois cinq conséquences :

a) Dans ce rôle qui consiste à prendre soin et à traiter (*care-curer*), nous ne nous comportons pas en moralistes. On n'aide pas le patient en lui disant qu'il est méchant d'être malade. Pas plus qu'on

n'aide le voleur, l'asthmatique ou le schizophrène en le rangeant dans une catégorie morale. Le patient sait que nous ne sommes pas là pour le juger.

b) Nous sommes d'une honnêteté scrupuleuse, nous ne mentons pas, nous disons que nous ne savons pas quand nous ne savons pas. Une personne malade ne supporte pas que nous ayons peur de la vérité. Si nous en avons peur, autant choisir un autre métier.

c) Nous devenons fiables d'une manière qu'il n'est possible de maintenir que dans le travail professionnel. Ce qui compte, c'est que lorsque nous sommes professionnellement fiables, nous protégeons nos patients de l'imprévisible. Beaucoup d'entre nous¹ souffrent précisément du fait qu'ils ont été soumis, comme si c'était inscrit dans le canevas de leur vie, à l'imprévisible. Nous ne pouvons nous permettre de suivre cette voie. Derrière l'imprévisibilité, il y a la confusion mentale, et derrière celle-ci, éventuellement, un fonctionnement somatique chaotique, c'est-à-dire une inconcevable angoisse physique².

1. Erreur de la traduction française, il s'agit de « beaucoup d'entre eux » et non pas de « beaucoup d'entre nous ». Voir texte original : « Many of them suffer from this precisely », in *Cure*, in *Home Is where we Come from*, op. cit., p. 116.

2. La traduction française utilise le terme d'« angoisse » pour traduire deux expressions qui mériteraient d'être distinguées : « unthinkable anxiety » (p. 168 note 2/ p. 116) et « patient agony » (p. 169 note 1/ p. 117).

d) Nous acceptons l'amour et la haine du patient, ils nous touchent, mais nous ne provoquons ni l'un ni l'autre. Nous n'attendons pas non plus d'une relation professionnelle des satisfactions émotionnelles (d'amour ou de haine) ; de celles-ci, nous sommes les artisans dans notre vie privée et dans notre réalité personnelle ou notre réalité psychique interne, lorsque le rêve prend forme et fait apparaître des figures. (La psychanalyse accorde à ces phénomènes une place essentielle, et l'on appelle « transfert » toutes les dépendances particulières qui surgissent entre patient et analyste. Le médecin de médecine physique et le chirurgien ont beaucoup à apprendre de la psychanalyse sur ce plan spécifique. Prenons un exemple très simple : *si le médecin apparaît à l'heure prévue, il s'aperçoit que la confiance du patient en lui augmente considérablement* ; cela a pour effet non seulement d'épargner de l'angoisse au patient mais de renforcer les processus somatiques tendant vers la guérison des fonctions, voire des tissus.)

e) Nous supposons, et nous sommes d'accord pour supposer, que le médecin, ou la personne soignante, n'est pas cruel pour le plaisir d'être cruel. La cruauté intervient forcément dans notre travail, mais pour ce qui est d'*assouvir sa cruauté*, nous devons nous tourner vers la vie elle-même et ne pas assouvir cette cruauté dans nos relations

professionnelles. Il n'y a pas de place non plus pour l'esprit de vengeance dans notre métier. Je pourrais bien sûr vous raconter des actes de cruauté et de vengeance commis par des médecins, mais ce genre de pratiques n'est pas difficile à discréditer.

4) Pour comprendre quelles autres conséquences la reconnaissance de la maladie et des besoins de dépendance du patient entraînent pour nous, nous devons aborder des questions plus complexes de structure de personnalité. Par exemple, c'est un signe de santé d'esprit que de pouvoir pénétrer en imagination, avec exactitude, dans les pensées, les sentiments, les espoirs et les peurs de quelqu'un d'autre ; mais aussi de permettre à cet autre de procéder pareillement avec nous. Je suppose que les prêtres et les médecins, qui pratiquent le *care-cure* (soin et traitement) par choix personnel, sont particulièrement doués pour ce genre de chose. Mais les exorcistes et les « guérisseurs », eux, n'en ont pas besoin.

C'est parfois pesant de savoir trop bien jouer au jeu des identifications croisées. Pourtant, lorsqu'on sélectionne les étudiants en médecine, on devrait certainement pouvoir prendre pour critère – s'il était possible de la tester – la capacité de se livrer à ce que j'appelle les identifications croisées : se mettre à la place de l'autre, et permettre à l'autre

d'en faire autant. Il est indubitable que les identifications croisées enrichissent considérablement toutes les expériences humaines et que ceux qui en sont médiocrement capables s'ennuient et sont ennuyeux pour les autres. En outre, dans la pratique médicale, ces gens ont du mal à dépasser l'aspect purement technique de leur fonction et ils risquent de causer beaucoup de souffrance sans le savoir. Dans un entretien récent à la BBC, James Baldwin parlait d'un péché que les chrétiens oublient de nommer : celui d'ignorance de l'autre. Disons ici en passant que les identifications croisées délirantes causent de véritables ravages.

5) Je reviens maintenant à la gratitude. J'y ai fait allusion en citant saint Vincent-de-Paul. La gratitude, c'est sympathique. Nous aimons bien la bouteille de whisky rare et la boîte de chocolats avec lesquelles les patients nous expriment leurs remerciements. Mais la gratitude n'est pas aussi simple que cela. Si tout se passe bien, les patients considèrent que c'est normal ; c'est seulement s'il y a une négligence (un tampon de coton oublié dans le péritoine) qu'ils se manifestent et se plaignent. Autrement dit, la gratitude, du moins la gratitude excessive, est la plupart du temps un acte propitiatoire : il y a des forces latentes vengeresses, et il vaut mieux les apaiser.

Dans leur lit, les malades prévoient de généreux cadeaux ou des codicilles à leur testament, mais les médecins et le personnel soignant sont contents qu'après son départ le patient déprimé oublie vite, même si, lui, on ne l'oublie pas forcément. Je dirais volontiers que ce sont les médecins et les personnes soignantes qui refont sans cesse l'expérience du deuil ; un des risques de notre métier est que nous nous endurcissions, car la perte répétée des patients nous fait prendre garde à ne pas trop nous attacher aux malades. C'est particulièrement vrai des infirmières qui s'occupent des bébés malades ou qui soignent ceux qu'on a abandonnés dans des cabines téléphoniques ou retrouvés (comme Ernest) dans un sac à la gare Victoria au bureau des objets trouvés.

La médecine générale pratiquée à la campagne apporte peut-être une réponse à ce problème. En effet, le médecin vit au milieu de ses patients ; c'est sans doute la meilleure façon de pratiquer la médecine. Médecin et patient, l'un et l'autre toujours là, mais seulement de temps en temps médecin et patient.

Le praticien a énormément à apprendre de ceux qui sont spécialisés dans le *care-cure* (soin-traitement) plutôt que dans les traitements pour éradiquer les agents pernicieux.

6) Il y a une chose, en particulier, qu'il faut ré-introduire dans la pratique médicale, et c'est par cela que je terminerai : le *care-cure* (soin-traitement) est une extension du concept de *holding*. Cela commence avec le bébé dans le ventre, puis le bébé dans les bras ; le *care-cure* s'enrichit avec le processus de croissance chez le petit enfant, ce processus de croissance rendu possible par la mère qui sait exactement à quoi cela ressemble d'être ce petit bébé particulier auquel elle a donné naissance.

L'environnement facilitant qui permet le processus de croissance et de maturation, ce sont les soins de la mère et du père, c'est la fonction familiale ; cet ensemble conduit à la construction de la démocratie, elle-même extension politique de la facilitation familiale, avec des individus matures qui finalement participent, selon leur âge et leurs capacités, à la politique, ainsi qu'au maintien et à la reconstruction de la structure politique.

Parallèlement à cela se développe le sentiment d'identité personnelle, essentiel pour chaque être humain et *qui ne peut devenir une réalité pour chaque être humain que parce qu'il y a eu une mère suffisamment bonne* et que l'environnement a fourni le *holding* pendant la période d'immaturité. Le processus de maturation seul ne suffit pas pour que l'être humain devienne un individu.

Donc, lorsque je parle de *cure* au sens de *care-cure* (soin-traitement), je parle de la tendance naturelle des médecins et des personnes soignantes à répondre aux besoins de dépendance des malades, mais je m'exprime alors en termes de santé : c'est une dépendance naturelle de l'individu immature, qui incite les figures parentales à réunir les conditions qui favoriseront la croissance individuelle. Ce n'est pas tant une *cure* au sens de remède qu'un *care-cure* (soin-traitement), lequel pourrait être la devise de notre profession.

Pour les maladies de la société, le *care-cure* est peut-être encore plus important que la cure-remède, que tous les diagnostics et les préventions qu'implique ce qu'on appelle habituellement l'approche scientifique.

Ici, nous sommes à égalité avec les travailleurs sociaux, qui ont un terme, *casework*, que l'on peut considérer comme une extension extrêmement complexe du mot *holding* et une application pratique du *care-cure*.

Dans un contexte professionnel et à condition que l'on adopte un comportement professionnel adéquat, le malade peut trouver une solution personnelle à des problèmes difficiles de vie affective et de relations avec les autres ; et on n'aura pas alors

administré un remède mais simplement facilité le développement.

Est-ce trop demander au clinicien que de faire du *care-cure* ? Cet aspect de notre travail ne paraît pas être un succès si l'on en juge par la demande d'augmentation des honoraires ; en outre, il sape le système hiérarchique établi. Pourtant, le *care-cure* est facile à apprendre pour les personnes appropriées, et c'est beaucoup plus satisfaisant que d'avoir seulement l'impression qu'on est très calé.

Je pense donc qu'on peut trouver dans l'aspect *care-cure* du travail un cadre où il est possible d'appliquer les principes que nous avons appris au début de notre vie, lorsque nous étions encore immatures et que nous recevions d'avance, en quelque sorte (la meilleure des médecines préventives), de la part de nos mères « suffisamment bonnes » et de nos parents, des soins et un traitement suffisamment bons. Il est toujours rassurant de découvrir que le travail qu'on fait est lié à des phénomènes entièrement naturels, à l'universel, à ce que la poésie, la philosophie et la religion nous offrent de meilleur.

À quel soin se confier ?

Frédéric Worms

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 37 À 48
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0037

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-37?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 Presses Universitaires de France.

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.

Autour de *Cure*

Conversations avec Winnicott

À quel soin se confier ?

Frédéric Worms

Une question angoissante traverse aujourd'hui la médecine, la société et la vie humaine, que la notion de « dépendance » ne traduit pas suffisamment bien, car elle est plus profonde encore : c'est celle de savoir à quel soin se confier, comme on disait autrefois à quel saint se vouer (et avec la même portée peut-être). Or, c'est à cette question simple et profonde que répond le texte profond et simple de Winnicott que nous avons sous les yeux et que nous nous proposons de commenter brièvement.

Le propos de Winnicott est simple, mais il prend la mesure d'un risque grave. Tout se passe en effet, selon lui, comme si le soin menaçait de rompre au moment le plus crucial (le moment présent) avec la relation de *confiance*, qui n'en est pourtant pas un aspect secondaire, mais qui le *définit* de part en part, au point que nos vies entières *reposent* sur lui. Il ne s'agit pas pour nous d'avoir plus ou moins « confiance » dans le soin ;

le soin *est* tout entier *ce à quoi* nous nous remettons, ce sur quoi nous nous appuyons, ce en quoi nous plaçons notre confiance sinon notre « foi ». Winnicott insiste d'ailleurs d'emblée sur ce point, dans cette conférence prononcée devant des soignants dans une église ! Il le marque d'emblée, avec une ironie pleine de sagesse, dans une phrase étonnamment oubliée par la traduction française de référence¹, en opposant la « religion de l'expérience intérieure » dont il dit ne rien connaître, à la « religion de la relation extérieure », qui définit selon lui « la philosophie de notre travail comme praticiens de la médecine » ! Or, il faut ici le prendre très au sérieux. Ce n'est pas seulement que la médecine aurait remplacé la religion, dans une sorte de laïcisation des tâches. C'est que le soin, le *cure*, au sens le plus large de ce terme qui donne son titre au texte, est le véritable soin fondamental, qui prend en charge jusqu'à notre existence et notre être dans toutes ses dimensions. Et il le fait, comme dit cette formule admirable, non

1. « Je ne traite pas de la religion de l'expérience intérieure, qui n'est pas ma spécialité, mais de la philosophie de notre travail comme praticiens de la médecine qui, de son côté, est une sorte de religion de la relation extérieure. » L'omission de cette phrase cruciale touche au scandale dans l'ordre de la traduction, que nous ne pouvons cependant pas retoucher pour des raisons de droits. Nous la rajoutons cependant (comme les autres corrections qui s'imposent) dans une note au texte, voir *supra* p. 21.

pas par une « expérience intérieure », mais par une *relation extérieure*, relation qui est donc au principe même de notre vie ou de notre existence, sur laquelle celles-ci *reposent*, et sur laquelle aussi (sous le nom intraduisible cette fois de *holding*, soutien, appui) se terminera ce texte bref mais, on le voit, capital. Le soin ne suppose pas seulement la confiance, il l'engendre. Il est la source dans nos vies de toute confiance et peut-être de notre confiance dans la vie.

Telle est donc la portée du soin. Mais tout le danger vient de ce que la médecine, qui part de son côté inévitablement, et de plus en plus (dans le monde moderne où elle a les moyens techniques de l'affronter) du côté de la maladie, risque selon Winnicott d'oublier cette portée profonde du soin, qui la définit encore et plus que jamais. Telle serait donc l'ironie de l'histoire : au moment même où le soin peut (après et à la place de la religion) retrouver sa place fondamentale dans nos vies, son développement technique, qui participe de ce même moment humain, menace de l'en éloigner ! Tel est sans aucun doute l'enjeu le plus vaste de ce texte simple, dont on comprend du même coup le mouvement précis en trois temps. Il s'agit en effet pour Winnicott de ramener la médecine à la confiance

qui est l'essence même du soin à travers les trois démarches suivantes :

- revenir à l'unité originare du soin dans le *cure* qui est aussi un *care*, et donc un soin non encore divisé en « remède » technique et confiance humaine ;
- définir les conditions techniques et « professionnelles » de cette confiance dans le cadre de la médecine, et pour ce faire s'appuyer sur la *psychanalyse*, admirablement définie ici non pas par son effort pour « interpréter l'inconscient refoulé », mais précisément comme « une manière de fournir un cadre professionnel à la confiance » ;
- enfin, revenir de là au soin originare lui-même, non pas dans la culture de tous cette fois, mais dans la vie de chacun, dans notre existence donc, avec cependant une portée sociale et politique de cette dimension à la fois « ontologique » (condition de notre être) et métaphysique, pour laquelle Winnicott convoque en effet ce *holding*, qui est son concept premier.

Trois étapes rapides, discrètes, mais fondamentales donc, dont on peut bien dire qu'elles contiennent en elles toutes la philosophie de Winnicott, philosophie de la médecine, de la psychanalyse, mais aussi de la vie humaine sous

tous ses aspects, philosophie donc *tout court*, et l'une des plus grandes, une orientation pour nous, aujourd'hui, dans tous les domaines.

La première étape consiste à rappeler à la médecine, contre l'oubli qui peut la menacer, le sens premier du soin, entendu comme confiance. Winnicott ne le fait pas seulement à travers la comparaison avec la religion ni par l'étymologie du mot *cure*, qu'il rattache aussitôt à *care*. Il le fait surtout à travers une analyse précise, radicale, de la relation médicale, qui n'est pas sans évoquer Canguilhem, et dans laquelle il n'hésite pas à renvoyer le médecin à la situation qu'il connaîtra lui-même comme malade ou vieillard, ou a connue comme nourrisson au début de sa vie : « Ces conditions – immaturité, maladie, grand âge – entraînent avec elles le fait de la dépendance. » En situant la maladie entre la petite enfance et le grand âge, Winnicott veut souligner un fait très simple mais qui peut devenir vertigineux : le fait que toute maladie, comme le soulignait déjà Canguilhem, est globale, et jamais seulement locale, et que, dès lors, elle entraîne une relation psychique, morale et globale, et non pas seulement physique, technique et locale, avec le médecin. C'est cette relation que vient signifier le concept de dépendance. Mais cette dépendance ne conduit pas au vertige. Elle appelle quelque chose

de radical, certes, une confiance, au sens en effet radical de « se confier », « se remettre à quelqu'un ». Mais, dans une précision et un renversement dont les conséquences sont décisives, Winnicott traduit aussitôt cette dépendance et cette confiance dans le fait *actif* de pouvoir « s'appuyer sur » (*depend on*), qui renverse le sens de la dépendance ! En outre, du côté du médecin, on assiste à une « réduction » apparente de la confiance à la « fiabilité » (*reliability, dependability*), qui n'est minimale cependant qu'en apparence, puisqu'elle devient plutôt objective et professionnelle sans cesser pour autant de répondre à cette demande subjective maximale qui lui est adressée. « *Reliability meeting dependence, is the theme of this talk* » : *meeting* ne signifie pas seulement « rencontrer » mais « répondre », comme on dit répondre à une exigence (« *it meets your demand* » : cela satisfait à vos vœux). Dès lors, ce n'est pas un gouffre qui se creuse entre la technique médicale et la demande existentielle, car la technique ne se réduit pas au remède : le *care* aussi, ou le *care-cure* (comme il va maintenant être nommé), a sa technique. C'est le sens du recours à la psychanalyse, dans la partie centrale du texte.

Cette partie est centrale à tous égards. Winnicott saisit l'occasion qui lui est donnée ici pour un geste capital à deux égards : montrer à la médecine le

recours qu'est pour elle la psychanalyse, inscrire la psychanalyse dans le soin médical, sans la confondre avec la médecine, et cela, à travers le cadre donné à la confiance, dans la situation analytique, et les leçons précises qui peuvent en être tirées. C'est ce que Freud appelait la « technique » psychanalytique qui est donc mise en avant ici, quoiqu'elle soit indissociable de son objet : seule la confiance produite par le cadre permet d'accéder aux contenus inconscients refoulés par le sujet. Le texte fonctionne ici comme des poupées russes : Winnicott annonce sept enseignements de la technique psychanalytique, en évoque en réalité six, ou même plutôt cinq, le dernier, le *holding*, étant en effet plus général. Il y a donc cinq points, mais le troisième, à son tour, se subdivise en cinq sous-enseignements ! De fait, c'est là que se joue l'essentiel. Les deux premières leçons générales de la psychanalyse visent à rappeler aux médecins la nécessité d'inverser la dépendance en égalité et en symétrie : pas de hiérarchie dans le soin et partage de la « maladie » comme condition psychique. Les deux derniers porteront sur les risques affectifs de l'empathie ou de l'identification et de la gratitude qui peut devenir de la haine.

Mais le cœur de cette partie centrale réside dans ce point essentiel que sont les cinq *commandements*

du soin relationnel, inspirés de la pratique de la psychanalyse. La *fiabilité* est donc fondée sur : l'absence de jugement moral, la vérité, la distance et la prévisibilité, la conscience et la mise à distance des affects (transfert et contre-transfert) par des gestes techniques réguliers (ponctualité et bienveillance de principe). Admirable synthèse de ce qui rend l'analyse possible. Rigueur de celui qui fut un technicien autant qu'un théoricien, un clinicien autant qu'un philosophe, et qui n'a jamais séparé un aspect de l'autre. La confiance a alors ses règles, qui ne valent pas seulement pour un soin isolé, mais qui doivent être transposées et appliquées dans tous les soins. Ainsi, le soin psychique n'est pas un règne isolé et mystérieux, mais la formalisation de la dimension psychique que comportent tous les soins et qu'ils ne savent plus pratiquer, de sorte que la technique psychanalytique, bien loin de se distinguer seulement de la médecine, lui rappelle et lui fournit les règles du soin complet qui la définissent, mais qu'elle risque d'oublier, lui rend ce qu'elle lui a pris, après l'avoir précisé ! C'est à ces conditions seulement qu'on peut se confier au soin, c'est à ce soin-là seulement, complet, qu'on peut se fier, se vouer et se dévouer.

Winnicott peut alors conclure en montrant que cette confiance et cette technique ne font

que formaliser le soin premier, qui est à l'origine de notre être même, dans la *santé*, cette fois, et non plus dans la maladie, et pour la société, aussi bien que pour chaque individu. Ces quelques remarques finales sur la maturation individuelle et l'environnement facilitant peuvent sembler de peu d'intérêt, mais c'est toute une conception de l'être et une philosophie qui s'y déploient. Le soin sous sa forme complète est la condition même de notre existence non pas seulement pour répondre à une dépendance, mais pour créer une créativité, une subjectivité. Le soin complet est ce qui permet la « croissance individuelle », et ce n'est pas vrai seulement à l'origine de chaque vie, mais pour la médecine encore comme tâche professionnelle. « *Le care-cure, est-ce trop demander au clinicien ?* » demande avec une ironie devenue grave le conférencier Winnicott à son auditoire qui s'inquiète de sa reconnaissance professionnelle. La réponse est simple. Le médecin prendra ainsi soin de ce qui lui permet à *lui-même* d'exister comme sujet. Et il donne du même coup à la médecine sa capacité à rejoindre, à partir de « phénomènes naturels » (précision capitale), ce qu'on trouve dans « le meilleur de la poésie, la philosophie et la religion ».

Winnicott l'avait déjà écrit dans un autre texte capital : « s'il y a quelque chose de vrai dans ce

que je dis, il se trouvera que les poètes en auront déjà parlé »¹. Ce n'est donc pas que le médecin devienne poète, philosophe ou curé. C'est plutôt que, « à leur meilleur », comme le médecin (ou le parent) suffisamment bon, le curé, le philosophe ou le poète nous secourent et nous recréent aussi, sans le savoir.

1. Cité par O. Mannoni, « La part du jeu », Paris, *L'Arc*, n° 69, 1971. Voir aussi D. W. Winnicott, *La Crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 2000.

Quelqu'un sur qui compter

Claire Marin

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 49 À 58
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0049

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-49?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 Presses Universitaires de France.

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.

Quelqu'un sur qui compter

Claire Marin

Dans *Cure*, Winnicott présente parallèlement deux enjeux qui sont en réalité profondément imbriqués : « les mots, comme les êtres humains, doivent parfois se battre pour affirmer et conserver leur identité »¹. C'est ainsi qu'il choisit d'introduire l'analyse du mot *cure* qui tend selon lui à perdre son sens profond de *care*. Or, continuer à faire résonner le *care* dans le *cure*, autrement dit inscrire l'attention à autrui au cœur de la relation thérapeutique, c'est pour Winnicott la condition même de l'efficacité réelle du soin. Ce n'est que porté par cette attention sensible que le soin médical préservera sa force exceptionnelle : celle d'extraire le patient du chaos de la maladie, de le préserver de l'effondrement et de la perte de soi, de le maintenir autant que possible à distance de la folie. Seule une certaine qualité de la relation de soin permet d'éviter que la maladie ne soit vécue comme un pur

1. Voir p. 21.

« désastre » pour reprendre les mots de Winnicott¹. Face à la destructivité de la maladie, le patient a besoin d'aide (et pas seulement d'un « remède ») pour résister et réussir à maintenir son identité. Dans cette épreuve, il prend conscience de manière critique de son besoin de l'autre, comme principe soutenant, le réassurant dans une existence devenue fragile, incertaine et l'aidant à supporter l'intensité des affects que la maladie suscite.

C'est donc la question de la dépendance qui est au centre du texte : c'est-à-dire à la fois le besoin de dépendance et la capacité de certains à y répondre (*dependability*)². Winnicott étudie la rencontre d'un être fiable avec un autre être éprouvant le besoin d'être dépendant. L'expression originale (*reliability meeting dependence*)³ dit bien le mouvement de l'être fiable vers l'être fragile : la dépendance est aussi bien pensée par Winnicott comme une demande d'aide émise par le malade que comme la reconnaissance par le soignant d'un besoin de l'autre. En fait, on peut entendre de deux manières

1. D. W. Winnicott, « Le concept d'individu sain », in *Conversations ordinaires, op. cit.*, p. 43.

2. D. W. Winnicott, *Cure*, in *Home Is where we Started from*, New York, Norton, 1986, p. 113 : « what is needed is dependability », traduit dans la version française, D. W. Winnicott, *Cure*, par : « ce que l'on attend c'est que l'on puisse dépendre de nous ».

3. *Ibid.*, p. 113.

le besoin de dépendance que thématise Winnicott dans ce texte : à la fois le besoin des patients de pouvoir dépendre du soignant en toute confiance, mais aussi, de manière originale, le besoin du soignant de prendre en charge des malades vulnérables et de donner ainsi une valeur particulière à sa propre existence.

Histoires de soin

Dans son œuvre, Winnicott dessine la figure essentielle dans l'histoire de chacun d'entre nous de quelqu'un de « suffisamment bon » pour nous porter et nous supporter, dans tous les sens du terme. Dans *Cure*, il tisse le parallèle entre la mère qui permet à son enfant de se construire dans la dépendance et le médecin qui empêche que le patient ne se laisse englober dans une expérience particulièrement destructurante. Nous avons tous besoin à un moment ou un autre de quelqu'un sur qui compter, de la même manière que nous pouvons nous aussi jouer ce rôle pour autrui. L'analyse de la structure du soin médical retrouve donc celle d'un soin fondamental qui a présidé à notre construction et constitué « l'environnement facilitant », dans lequel nous avons développé nos

capacités et notre identité. Comme dans le soin maternel, la prise en charge de la dépendance suscite des affects particuliers de haine et d'amour que la médecine ne peut pas *ne pas* prendre en considération. Or, c'est bien de cette partie éprouvante de la relation soignant-patient que la médecine contemporaine essaie de faire l'économie, parce qu'elle demande du temps, une attention singulière, et parce qu'elle épuise le soignant. Winnicott évoque tout particulièrement les infirmières dont le cœur du travail est sans doute cette relation même, et qui souffrent des puissants affects qui s'y jouent. L'abandon du *care* peut alors apparaître comme une réaction à l'épreuve psychique que constitue le soin médical pour celui qui s'y dévoue¹.

Si ces deux expériences du soin, maternel et médical, ne sont pas strictement superposables, elles doivent pourtant être appréhendées ensemble par le soignant. C'est l'une des spécificités de l'approche de Winnicott que d'insister sur ce qu'il nomme les « identifications croisées » : il s'agit pour le soignant de se mettre dans la peau du patient (« *in the other person's shoes* ») pour s'adapter à la spécificité de ses besoins de dépendance. Or, ceux-ci ne sont pas uniquement créés par la maladie, ils

1. Voir p. 24.

s'inscrivent dans l'histoire de soin du patient, laquelle remonte à sa naissance : « c'est une affaire d'expérience de la personne, de ce qu'elle a connu, bébé ou enfant, en matière de soins »¹. Comment se sont construites les relations autour de lui, a-t-il manqué d'un environnement qui le contienne et le rassure, en quoi cette histoire préalable – si elle est grevée d'un manque – rend plus vitale encore l'instauration d'une relation de confiance très forte avec le soignant ? On ne peut soigner sans considérer ce vécu du patient. C'est dans cette perspective que, selon Winnicott, le devoir du soignant est de « protéger ses patients de l'imprévisible »², c'est-à-dire de contrer le sentiment qu'a le malade de ne plus pouvoir compter sur rien. Opposer au réel mouvant et incohérent une relation solide. Faire en sorte que le malade, s'il ne sait pas à quoi s'en tenir, sache au moins sur qui il peut compter. La fiabilité du médecin, qui est « là » quand tout semble incertain, est une fiabilité presque inhumaine puisqu'elle est bien plus grande que celle dont il est capable dans sa vie personnelle, comme le précise Winnicott. Elle crée le point d'ancrage d'un vécu qui manque de stabilité, une « vie d'orages et

1. D. W. Winnicott, « Les enfants et l'apprentissage », in *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1988, p. 206.

2. Voir p. 206.

de tension »¹. Elle est d'autant plus essentielle que la maladie vient parfois répéter un effondrement psychique qui a déjà eu lieu². La maladie réactive alors une angoisse archaïque d'abandon, rejoue le « moment du désastre »³. Elle redouble la souffrance de l'imprévisible de certains patients, « ceux qu'on a laissé tomber »⁴. L'imprévisible est angoissant pour celui qui ne se sent pas soutenu, qui ne l'a pas été, celui qui n'a pas pu être rassuré par la certitude d'une présence à ses côtés. Dès 1952, Winnicott reliait l'angoisse la plus primitive avec le fait d'être porté de façon non sécurisante (« *related to being insecurely held* ») et identifie une cause spécifique de l'angoisse : « une défaillance dans la technique de soins prodigués à l'*infans*, comme par exemple, une défaillance à donner le soutien vivant et continu propre au maternage »⁵. C'est l'expression de *soutien vivant* qu'il faut retenir ici ; vivant et non mécanique. Les soignants comme les parents savent bien qu'il y a différentes façons de porter, de

1. D. W. Winnicott, « Le concept d'individu sain », *op. cit.*, p. 43.

2. L. Dethiville, « Survivre, dit-elle », *Winnicott e-prints*, vol. 6, n° 1, São Paulo, 2011.

3. *Ibid.*

4. *Ibid.*

5. D. W. Winnicott, *L'Angoisse associée à l'insécurité*, conférence du 5 novembre 1952, citée par J.-P. Lehmann, « Home Is where we Started from », *Filigrane*, vol. 14, n° 1, printemps 2005, p. 95.

laver, de nourrir et de regarder un malade ou un enfant : dans l'automatisme de la répétition quotidienne ou dans la présence et l'attention.

C'est donc l'absence de ce soutien vivant dans l'histoire d'un patient qui permet de comprendre des difficultés à faire confiance. L'accueil du soin ne va pas de soi. Des patients y résistent, s'y opposent violemment, refusent de s'inscrire dans une relation de dépendance, nient leur propre besoin d'être aidés, voire leur maladie elle-même. Le geste de soin doit être accueilli¹ et, pour cela, élaboré conjointement. Il prend un sens spécifique (et une efficacité particulière) selon la manière dont il est accepté par le patient, bien moins passif que son nom le laisse penser dans le vocabulaire médical. On voit ici se dessiner l'une des tensions essentielles au cœur de la relation de soin, tension entre le besoin du patient d'entrer dans la dépendance, c'est-à-dire dans une relation où il peut – de manière essentielle sur le plan psychique et sur le plan vital – s'en remettre totalement à autrui, et la difficulté qu'il éprouve parfois à faire confiance, selon sa propre histoire.

1. Comme le précise Winnicott dans une lettre à Melanie Klein du 17 novembre 1952.

La maladie du soignant

D'où l'importance d'une appréhension très fine par le soignant de ces difficultés qui constituent un obstacle thérapeutique interne, car elles menacent la possibilité de la relation elle-même. Cette hypersensibilité au besoin de dépendance d'autrui, que Winnicott identifie comme l'une des conditions même de l'exercice professionnel du soin, il la définit en termes de maladie. De là sa question : « Lequel des deux est donc malade ? »¹ La maladie du soignant est une sensibilité particulière aux ressentis des patients, une capacité « naturelle » à identifier le besoin de dépendance et celle, plus « construite », à être touché par les sentiments d'amour et de haine du patient sans cependant se laisser trop affecter². La relation soignant-soigné n'est donc pas une relation « normale », elle est une maladie de la même manière que le soin maternel est une forme de maladie, une folie passagère ; une maladie, dit Winnicott, dont la mère est « capable »³.

1. Voir p. 27.

2. Voir p. 30 « Nous acceptons leur haine et leur amour en étant touché par eux, mais sans les provoquer. »

3. D. Winnicott, *La Mère suffisamment bonne*, Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite bibliothèque Payot », 2006, p. 47 : « Toute femme capable d'être malade au sens de "la préoccupation maternelle primaire" peut s'adapter suffisamment bien, en raison d'une faculté d'identification au bébé. »

Le soin suppose donc une capacité à s'écarter des relations « normales » avec autrui pour s'adapter au mieux à ses besoins par un processus d'identification qui dans, un autre cadre que celui du soin, relèverait de la pathologie. Une même « maladie » caractérise les soignants « suffisamment bons » (*good enough takecarer*). Comme la « maladie normale »¹ et nécessaire de la mère, celle du soignant tient à sa faculté d'« atteindre ce stade d'hypersensibilité – presque une maladie – et de s'en remettre ensuite »². Or, c'est bien là que se joue la difficulté spécifique du soin déjà évoquée : comment se remettre, comment même survivre à la violence des affects libérés par cette relation intense ? Cette question se pose à la fois pour les soignants et pour les patients. Chacun développe alors les stratégies qu'il peut pour les surmonter : des formes de superstition, l'oubli de la dette ou l'endurcissement.

Pourquoi alors, si le soin est si éprouvant, en faire son métier ? À cette question, Winnicott chuchote une réponse dans un poème destiné à l'un de ses proches³. Évoquant sa mère dépressive, Winnicott

1. *Ibid.*, p. 41 : « cette “maladie normale” qui leur permet de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité ».

2. *Ibid.*, p. 40.

3. Sur ce poème adressé par Winnicott à son beau-frère à l'âge de 68 ans et sur l'importance de la relation de Winnicott à sa mère dépressive, voir J.-P. Lehmann, « Ce que “prendre soin” peut signifier », *Le Coq-Héron*,

identifie une relation qui a fait naître la « maladie du soignant », cette hypersensibilité au besoin de dépendance. S'il s'agit, comme le dit Winnicott pour lui-même d'une « blessure », c'est aussi la découverte du sens que l'activité de soin peut donner à l'existence du soignant. Il faudrait, si on avait ici plus de temps, réfléchir à l'idée d'un besoin de réparation, comme nous y invitent les mots mêmes de Winnicott :

[...] J'ai appris à la faire sourire,
 À endiguer ses larmes,
 À réparer sa culpabilité,
 À soigner sa mort intérieure.
 La rendre vivante était ma vie.¹

Ce dernier vers dit bien la fonction vitale et existentielle du soin : soigner, c'est à la fois maintenir l'autre dans la vie en l'inscrivant dans une relation qui le soutient, l'embrasse et le contient, et se sentir soi-même particulièrement vivant dans ce lien qui donne sens et intensité à notre existence. C'est ainsi, dans une sorte de circularité du soin « suffisamment bon », que le patient comme le soignant se sentent vivants dans le soin le recevant ou le donnant.

1/2005, n° 180, p. 50-54 ; J.-P. Lehmann, *La Clinique analytique de Winnicott*, Paris, Érès, 2003, p. 15 ; J.-P. Lehmann, *Comprendre Winnicott*, Paris, Armand Colin, 2009, ch. X.

1. Sur l'analyse de ce poème, voir aussi Thomas Périlleux, « Une cure de Winnicott ».

Une cure de Winnicott

Thomas Périlleux

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 59 À 69
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0059

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-59?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 Presses Universitaires de France.

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.

Une cure de Winnicott

*Thomas Périlleux*¹

Il arrive parfois que quelqu'un vous parle, et c'est en son absence, plus tard, que l'on comprend le sens de ses paroles.

Ces mots sont ceux d'Ilarie Voronca, poète roumain qui écrivait en français. Ils évoquent trois dimensions nécessaires de la relation humaine, particulièrement requises dans le travail de soin, et qui sont complémentaires : la parole, le temps, l'absence. Voronca, qui était « frère des bêtes et des choses, des livres et des villes, de l'espoir et du malheur », proclamait que « rien n'obscurcira la beauté du monde ». C'était aussi un homme de

1. Je tiens à remercier plusieurs personnes pour les échanges fructueux que nous avons eus à propos ou à partir du texte de Winnicott. Thierry de Rochegonde, qui participait au séminaire de Bruxelles, m'a fait connaître le magnifique poème de Voronca. Christophe Janssen, auteur d'un récent ouvrage inspiré par Winnicott (C. Janssen, *L'Illusion au cœur du lien. De l'objet transitionnel à la construction du couple*, Louvain-la-Neuve, Academia/L'Harmattan, 2013), m'a éclairé sur certains aspects de son œuvre que je discute dans ce texte. Thérèse Goossens, infirmière en psychiatrie, a témoigné de ce que *Cure* soulevait comme questions pour elle. Cependant, la version finale de ce texte n'engage que son auteur.

la déchirure¹, pour qui la vie est une couture entre différents mondes qui ne tiennent pas ensemble et que la mort vient défaire. Le soin est comme un travail de couture qui renoue le corps et la parole, le temps et le sens, et qui permet de composer avec l'absence en réinsufflant des forces de vie là où s'éprouve une mort intérieure.

C'est aussi ce que donne à entendre un poème de Winnicott qui nous conduira au cœur des questions traitées dans sa conférence *Cure*. Le texte est intitulé *L'Arbre* – un arbre où, enfant, il grimpait pour faire ses devoirs.

En dessous Mère est en larmes
 En larmes
 En larmes
 Ainsi l'ai-je connue
 Une fois, allongé sur ses genoux
 Comme à présent sur arbre mort
 J'ai appris à la faire sourire
 À contenir ses pleurs
 À se défaire de sa culpabilité
 À guérir sa mort intérieure
 La rendre vivante était ma vie.

1. G. Pressnitzer, « Ilarie Voronca. Rien n'obscurcira la beauté de ce monde », 2008, sur le site *Esprits nomades*, <http://www.espritsnomades.com/sitelitterature/voronca/voronca.html>.

Le lieu du soin

Où le soin trouve-t-il ses racines, dans la vie du soignant ? Winnicott laisse entendre que pour lui c'est l'expérience très précoce de la dépression de sa mère et de son incapacité à « tenir » son enfant (*holding*), reposant sur ses genoux « comme à présent sur arbre mort », qui lui a *appris* à soigner¹. Pour un enfant qui est sous l'emprise de la souffrance d'une mère qui n'accueille pas la vie donnée, vivre et se réjouir peut être ressenti comme une infidélité ou une trahison². Winnicott a pu sortir de ce lieu mortifère, composer avec l'absence de la mère ou son inaccessibilité dans la dépression et la maintenir vivante – peut-être « au prix de la spontanéité de sa vie » à lui³.

Soigner jusqu'à tenir ensemble *cure* et *care*, faire en sorte que ne se disjoignent pas le soin et les soins, le corps et la cure, le traitement médical et l'attention portée à quelqu'un : pour le soignant, c'est être le plus au clair possible sur son propre désir de soigner ; c'est revenir sans cesse *à la source* de ce qui fait le soin, qui n'appartient à aucun métier en par-

1. A. Phillips, *Winnicott ou le Choix de la solitude*, Paris, L'Olivier, coll. « penser/rêver », 2008.

2. D. Vasse, *La Vie et les vivants. Conversations avec Françoise Muckenstrum*, Paris, Le Seuil, 2001.

3. A. Phillips, *Winnicott ou le Choix de la solitude*, op. cit., p. 69.

ticulier, mais les irrigue tous. Il est significatif que Winnicott réfère cette source aux affects originaires où l'analyste peut *être* une mère (et non pas seulement la représenter) pour le patient psychotique qu'il soigne, dans des « moments de régression à la dépendance ».

Cependant, le lieu du soin, c'est aussi celui d'un métier, entendu comme ce qui tisse/est tissé par des règles de travail¹. Il faut interroger ce qui soutient et empêche le métier, du point de vue de ceux qui l'exercent. Winnicott se souciait sans nul doute de ces empêchements, qui concernent la possibilité même du soin, lorsqu'il parlait du cadre professionnel dans lequel se fonde une fiabilité ; mais il reste allusif dans le texte quant à ses conditions institutionnelles.

Prendre soin du travail (de soin)

Ces quelques considérations m'amènent à aborder deux questions dans le texte de Winnicott.

1. Le métier du soin implique la capacité (et l'impératif) de répondre à la fragilité vitale ou sociale mais aussi de répondre des actes posés en tant que soignant. Sur la question des « métiers de la relation », voir M. Cifali, T. Périlleux (éds.), *Les Métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*, Paris, L'Harmattan, coll. « Savoir et Formation », Série « Psychanalyse et Éducation », 2012.

Je les pose à partir de mon expérience dans une clinique du travail à laquelle je suis associé comme chercheur et comme intervenant¹.

La première question vient d'une perplexité. De façon générale, le terme de « soin » relève du versant somatique. Professionnalisé, le soin demeure attaché à la constellation médicale et au traitement de la maladie (organique). En psychopathologie, on parlera plutôt de thérapie ou de prise en charge (sauf en psychiatrie, c'est-à-dire là où la médecine, ou le souci du corps, intervient), ce qui reconduit une opposition très problématique entre *soma* et *psyché*².

Comme le disait une soignante d'un service hospitalier d'urgence et de crise, « en psychiatrie, comme professionnel on a tout ce qu'il faut pour mettre le corps de côté si on veut se protéger »... Se protéger de la rencontre avec le fou et de ce que peut enseigner la psychose. Les soignants sont les seuls en psychiatrie à devoir « toucher les gens ». De fait, le soin s'organise dans des pratiques hiérarchisées et souvent ségrégatives : aux médecins

1. Sur la clinique du travail, voir T. Périlleux, J. Cultiaux (éds.), *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Érès, 2009 ; T. Périlleux, « Affairement et consistance existentielle. Les visées d'une clinique du travail », in Y. Clot, D. Lhuilier (dir.), *Travail et santé. Ouvertures cliniques*, Toulouse, Érès, 2010, p. 51-63.

2. La clinique du travail nous montre à quel point l'empêchement d'un travail vivant affecte aussi bien la vie somatique que la vie psychique et sociale.

la *cure*, aux soignants le *care* ; aux psychiatres la thérapie, aux infirmiers le soin des corps.

Winnicott défait cette division. Le titre de son texte, *Cure*, si on l'entend en français, maintient une équivoque intéressante¹. Il s'adresse en médecin à des médecins, des infirmiers, des travailleurs sociaux (lors de leur fête patronale, en l'église Saint-Luc), pour témoigner de ce qu'il a acquis dans la pratique psychanalytique – où il est bien question d'un « *cure* » qui travaille, par le moyen de la parole, sur la manière dont la parole prend corps. Reste à saisir comment cette parole peut à nouveau circuler, entre soignés et soignants, entre professionnels et dans les institutions, lorsqu'elle est empêchée ou devenue mortifère².

À ce propos, je rapproche trois affirmations énigmatiques de Winnicott :

– nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous ;

1. Notons que la capacité de supporter et d'entretenir l'équivoque, d'alimenter le clair-obscur, de travailler dans l'oblique et même d'être perdu, qui est une de ces « capacités négatives » dont parle si bien A. Phillips, pourrait bien être constitutive des métiers de la clinique. Voir A. Phillips, *Trois capacités négatives*, Paris, L'Olivier, coll. « penser/rêver », 2009.

2. Voir à ce propos F. Delforge, T. Périlleux, « Premiers jalons d'une recherche auprès de professionnels soignants. Souffrance morale et identité institutionnelle », in E. Gaziaux, D. Jacquemin (dir.), *Être soi dans l'institution, un défi pour la théologie*, Paris, Le Cerf, 2012, p. 67-82.

- dans la structure sociale, il y a des hiérarchies, mais il n’y en a pas dans la confrontation clinique ;
- se mettre à la place de l’autre et permettre à l’autre d’en faire autant.

Je ne crois pas que Winnicott plaide pour une symétrie dans la relation de soin. La « rencontre de deux êtres humains à égalité » indique, tel que je le comprends, un socle radical d’humanité – celui où chacun est dépouillé de son identité imaginaire pour se laisser altérer par la rencontre, qui fait émerger quelque chose de vivant entre les êtres. C’est un socle commun, base de la relation d’aide, qui est par essence asymétrique. La rencontre « à égalité » n’implique donc pas de nier l’importance des compétences de métier, sur lesquelles Winnicott ne cesse d’insister par ailleurs¹.

Cependant, la notion d’« identifications croisées » est problématique. Elle est nécessaire, selon Winnicott, pour répondre aux « besoins de dépendance » que suscite toute affection grave².

1. Sur la (double) asymétrie dans la relation de soin, cf. N. Zaccari-Reyners, « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin », *Esprit*, 2006/1, janvier, p. 95-108 ; F. Worms, *Soin et Politique*, Paris, Puf, 2012.

2. J.-P. Lehmann, « Ce que “prendre soin” peut signifier », *op. cit.*, p. 50-54 : « Ce type d’identification est sous-tendu par cette sorte de maladie normale de la mère » qui génère la « préoccupation maternelle primaire ».

S'il s'agit d'une forme d'empathie où je serais amené à *imaginer* la situation de l'autre, avec son « risque évident de mystification sentimentale »¹, elle me semble très discutable : elle peut enfermer les protagonistes de la relation de soin dans un jeu de miroirs où ne prévaut plus que la quête insatiable d'une confirmation de l'image de soi au travers des plaintes. La place du clinicien est une place instituée ; c'est aussi un lieu qui doit se vider des identifications réciproques pour permettre un déplacement de la plainte : pour ne pas répondre directement à la demande (s'y aliéner), mais la déplacer.

Avant de devoir éprouver la « perte de nos patients », comme cliniciens, nous sommes amenés à vivre la perte d'une position de savoir et d'expertise. Cette perte menace toujours de se combler, et le travail d'évidement doit sans cesse être repris à neuf. Nous devons parfois nous mettre à la place de l'autre et permettre à l'autre d'en faire autant ; nous devons aussi assumer la distinction des places et l'exercice de la séparation. C'est une condition pour que la relation de soin, dans toutes ses dimensions, demeure, ou redevienne, « créatrice

1. A. Phillips, *Winnicott ou le Choix de la solitude*, op. cit., p. 45.

de subjectivité »¹. La fiabilité dont parle Winnicott ne peut pas être éprouvée sans cela².

Mais il y a peut-être un autre sens à donner à l'idée d'identifications croisées ou ce qu'A. Phillips appelle la « mutualité de la relation » : il s'agirait de l'expérience d'une relative et transitoire interchangeabilité des places institutionnelles (plutôt qu'existentielles). Quitter temporairement sa place de « soignant », en se trouvant soigné à son tour, ou, comme « soigné », être temporairement à une autre place que celle de récepteur des soins, c'est introduire du jeu dans la relation, des deux côtés – comme lorsque enfant, Winnicott était allongé sur les genoux de sa mère et prenait soin d'elle –, et on se souviendra que pour lui, la psychothérapie consiste à devenir capable de jouer là où on en était empêché.

En lisant le texte de Winnicott, j'avais à l'esprit une formule de L. Bonnafé, psychiatre promoteur

1. Le sens de l'idée de soin est mutilé et mutile nos vies si nous le réduisons à un secours urgent sans y voir « ce qu'il est toujours aussi » : « une relation entre les hommes, subjective et même créatrice de subjectivité [...], une relation morale, mais aussi sociale et donc déjà politique, un rapport au monde et même un souci du monde [...] » (F. Worms, *Soin et Politique*, op. cit.)

2. Cette fiabilité n'est pas une assurance ni une façon de se protéger soi-même de l'imprévisible, je la comprends plutôt comme une sorte de capacité de travailler avec des certitudes sans garantie. Voir O. Mannoni, *Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre Scène*, Paris, Le Seuil, 1969, p. 135, à propos de l'analyse de « l'homme aux rats » par Freud.

de la psychiatrie de secteur : « le potentiel soignant du peuple ». Winnicott va dans le même sens quand il livre « bataille » pour que *cure* et *care* « ne perdent pas contact l'un avec l'autre » et affirme que « la fonction de guérir les maladies est aussi une maladie ». Dans le milieu de travail, le « potentiel soignant du peuple » est bien mis à mal. Comment le redéployer ?

Post-scriptum

Je suis en immersion dans un service d'urgence et de crise en psychiatrie, dans le cadre d'une formation à la clinique psychanalytique. J'ai amené le texte de Winnicott pour le relire en salle de réunion. Il prend une tout autre ampleur maintenant qu'il est mobilisé dans un milieu de soin. Il suscite des rencontres et des dialogues avec certains soignants. Les questions qu'il relance entre nous touchent au plus vif du soin : la nécessité d'un cadre professionnel et d'un lieu de réflexion personnelle pour éprouver la juste distance entre le rejet et l'attachement aux patients, la dépendance et la capacité de devenir une « béquille » ou une « prothèse », temporaire ou permanente, pour celui qui dépend de nous, l'autorité de la parole (« on a appris comme

infirmières à se taire, s'écraser, agir vite, prendre sur soi », la nécessité impérative de sentir qu'on a sa place dans l'équipe sans peur de la disqualification et les façons de tenir dans le métier (dans la plainte, le rejet, le refuge narcissique dans les théories) lorsqu'une parole vivante ne circule plus... Quelque chose de décisif se joue lorsqu'est rendue possible une telle rencontre désirante et pensante.

Autres références

- L. Dethiville, *La Clinique de Winnicott*, Paris, Campagne Première, 2013.
- J.-F. Rabain, « L'empathie maternelle de Winnicott », *Revue française de psychanalyse*, 2004/3, vol. 68, p. 811-829.
- D. W. Winnicott, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, coll. « NRF », 1971.
- D. W. Winnicott, *La Haine dans le contre-transfert*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2014.

Cure et care, indissociablement

Jean-Christophe Mino

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 71 À 79
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0071

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-71?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 Presses Universitaires de France.

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.

Cure et care, indissociablement

Jean-Christophe Mino

Bien que daté historiquement, ce texte de Winnicott est fondamental pour qui veut penser les finalités et les termes même de l'exercice médical. Nous nous interrogerons ici sur les éléments qui sous-tendent une telle réflexion en terme de *care* (soin) et de *cure* (traitement) afin d'explorer plus particulièrement les rapports entre ces deux aspects de la médecine. Qu'en résulte-t-il dans un système de santé tel que le nôtre, à la philosophie essentiellement technicienne ?

Comme son confrère Balint mettant en lumière la « fonction apostolique » du praticien dans les années cinquante¹, Winnicott propose des outils conceptuels permettant d'examiner la situation et certains enjeux de la médecine, encore aujourd'hui.

1. C'est la tendance des médecins à prêcher auprès des personnes malades la bonne manière de se comporter face à la maladie, tendance dont on pourrait analyser les formes contemporaines dans les développements de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Voir M. Balint, *Le Médecin, le Malade et la Maladie*, Paris, Payot, 1996.

Il observe en particulier que le modèle du « technicien » (c'est-à-dire du spécialiste) domine au sein de l'hôpital, matrice de la médecine contemporaine. Ce professionnel représente la manière la plus répandue de mettre en œuvre des soins : « il est pris dans des problèmes de diagnostic et d'éradication de la maladie, et il faut qu'il fasse un effort pour se rappeler que le « prendre soin » fait aussi partie de la pratique médicale »¹.

Ce modèle s'inscrit dans un « système hiérarchique établi » où il faut donner l'impression d'être « très calé »². Comme Winnicott le souligne déjà en 1970, dans notre système de santé, le *cure* a de plus en plus tendance à prendre le pas sur le *care*. Pourtant, « le praticien a énormément à apprendre de ceux qui sont spécialisés dans le *care/cure* plutôt que dans les traitements pour éradiquer les agents pernicious »³. Son texte vise d'ailleurs à caractériser cette position de *care/cure*, du prendre soin comme traitement, à partir du cas de la psychiatrie et plus particulièrement de la psychanalyse.

Que faire de ces catégories du *care* (soin) et du *cure* (traitement) dans la médecine actuelle ? Comment envisager leurs liens alors que s'accroît

1. p. 35.

2. p. 36.

3. p. 36.

le morcellement du travail médical entre spécialités et professions, entre techniques et organes ? Pour examiner plus précisément les rapports entre *care* et *cure*, il est nécessaire de revenir aux conceptions mêmes qui sous-tendent la médecine. Or, mon hypothèse est que le *care* et le *cure* peuvent être vus soit comme deux pôles séparés, voire antagonistes, soit comme s'articulant de manière parfois souple, parfois rigide, selon les moments et les situations.

Ainsi, on peut considérer, selon une première approche, la médecine comme « *science appliquée* » des maladies et des traitements. La technique et le savoir sont alors *suffisants* pour définir la figure du médecin : c'est celle d'un expert « technicien » du *cure*. N'étant plus vraiment nécessaire à l'exercice médical, le *care* est confié avant tout aux paramédicaux, les infirmières et les aides-soignantes, considérées comme les vraies spécialistes du *care*. Dans un cas plus favorable, le *care* peut constituer une sorte de « supplément d'âme » d'une médecine justifiée par le *cure*. Considérer les choses ainsi dans l'exercice médical, c'est opposer la technique et la relation, le traitement et le soin, le *cure* et le *care*, proposition à récuser même s'il existe de véritables tensions entre ces deux logiques. Bref, définir la médecine comme science, c'est à la fois la dichotomiser et risquer de la réduire à la technique de

traitement, à savoir au *cure*. C'est alors rejeter le reste de son monde (dont le *care*) hors de ce cercle ou lui donner une place négligeable.

Dans une seconde conception, la médecine est reconnue authentiquement comme ce qu'elle est, c'est-à-dire dans ce qu'elle *fait*. Elle est vue non pas comme une *science* des maladies et des traitements, mais comme une *pratique* fondée sur un savoir et des valeurs, et ceci même dans le cas des spécialités les plus pointues et les plus « techniques ». Pour être plus juste empiriquement, il faudrait dire que l'exercice médical est constitué de pratiques fondées sur des savoirs, des valeurs et des techniques exercés avec et sur des patients.

Considérés sous l'angle de la *praxis*, *cure* et *care* sont des actes opératoires tant corporels qu'émotionnels, éthiques ou pragmatiques. Parce qu'elle est une *pratique* exercée sur une personne et orientée par un savoir, la médecine est vraiment indissolublement relation et technique, soin et traitement, *care* et *cure*¹. Si selon les moments, le *cure* prend le pas sur le *care*, d'autres fois ce sera le *care* qui dominera, parfois en tension, parfois en complément. Mais l'un et l'autre seront intrinsèquement

1. Pour un exemple concret, voir J.-C. Mino, *Soins intensifs, la technique et l'humain*, Paris, Puf, 2012.

présents dans l'exercice de la médecine. Cette conception d'une « médecine pratique » ne nie pas la notion de « médecine scientifique », elle met plutôt l'accent sur son inscription dans des relations sociales. Par ailleurs, la pratique médicale contemporaine est essentiellement fondée par un certain type de savoir collectif, savoir digne de véracité parce que élaboré au travers d'un type de procédures socialement définies comme « scientifiques ». Ce fait pose d'autres questions que nous n'aborderons pas ici, comme celle du statut, de l'intérêt et de la force thérapeutique de pratiques non validées de cette façon.

Ainsi, si la médecine est considérée comme une pratique dans toutes ses dimensions (opératoires et techniques, éthiques, relationnelles et sociales), il est alors *nécessaire* de l'envisager intrinsèquement et simultanément comme *care* et comme *cure*, car c'est ce qu'elle *fait* effectivement auprès des personnes malades. *Care* et *cure* sont des catégories à part entière de l'exercice médical, et leur articulation devient possible. Mais de quelle nature devrait être cette articulation ?

En mettant l'accent sur la figure *professionnelle* du médecin au travers de la pratique, en s'abstenant de la réduire à la science et à l'expertise, Winnicott propose une perspective pragmatique et

éthique sur le métier de médecin et plus largement sur les métiers de santé. Pour lui, si la médecine traite bien les maladies en se fondant sur les savoirs et les techniques, le *cure* est une part secondaire de la réflexion, car il ne pose pas de problème une fois sa valeur reconnue. Winnicott suggère de « passer à d'autres considérations »¹ plus importantes pour lui, c'est-à-dire de mettre l'accent sur « ce que les gens attendent » lorsqu'ils vivent dans des états d'immaturation, de maladie, de vieillesse, en un mot, de dépendance.

Dans ces situations, les patients ne recherchent pas seulement l'application automatique d'un savoir. Ils attendent des professionnels qu'ils soient fiables, comme le dit Winnicott en insistant sur la dimension relationnelle et sociale de la médecine. Ce qui définit alors la professionnalité est d'être « fiable », « adapté » et « intéressé » face à ces situations. La médecine excède sa définition comme science appliquée à la guérison de la maladie. Ainsi, pour Winnicott, parce que la médecine est une pratique s'exerçant sur et avec des humains vulnérables et vulnérabilisés, jamais le *cure*, bien que nécessaire, ne sera suffisant.

1. p. 23.

Cette dimension relationnelle de la médecine ne se réfère pas seulement à un jeu psychologique entre deux individus, mais aussi au fait que c'est le rôle social du médecin que de s'occuper du patient. Cette vision dépasse les aspects pragmatiques du métier sur lesquels nous avons insisté. La figure du médecin est avant tout celle d'un professionnel, dont on attend qu'il vienne en aide à des personnes confrontées à la maladie, à la dépendance, à l'immatunité.

Alors, si la médecine n'a pas pour cœur la *science* des maladies, mais bien cette *pratique* essentiellement soignante auprès d'un homme malade, le rapport entre soin et traitement, entre *care* et *cure*, s'inverse par rapport au schéma habituel et dominant dans notre système de santé technicien : le traitement procède du soin, le *cure* du *care*. C'est la conséquence logique que nous pourrions tirer de ce texte de Winnicott : *in fine* le *cure* devrait se subordonner au *care* dans le sens où la tâche principale du médecin est avant tout d'être « humainement fiable » face à une personne malade et non pas de traiter « mécaniquement » des troubles corporels.

En d'autres mots, ce que fait un médecin en traitant une maladie, *c'est avant tout soigner une personne malade*, cela même lorsque le traitement est efficace, et plus encore lorsque la guérison

n'est pas possible, ce qui montre bien que le soin médical ne se résume pas au traitement curatif¹. Pourtant, c'est encore cette représentation, où médecine et traitement riment avec guérison, qui domine les mentalités aujourd'hui². Il serait nécessaire qu'une éthique du *care* puisse, d'une manière ou d'une autre, englober la logique du *cure*, afin de faciliter leur articulation. C'est une tâche indispensable dans notre contexte sanitaire, notamment face au vieillissement de la population, à la chronicité et à la complexité de nombreuses situations de fin de vie.

Cette articulation du *care* et du *cure* est l'un des défis majeurs de ces prochaines années. Ce n'est qu'à cette condition que la médecine pourra être envisagée comme une « médecine soignante », pour reprendre une expression d'Alain Froment³. Ici, il s'agit bien avec Winnicott de réfléchir sur la notion de « cadre professionnel » en s'inspirant de l'exemple du psychanalyste ou du généraliste. On

1. Voir J.-C. Mino, M.-O. Frattini et E. Fournier, « Pour une médecine de l'incurable », *Revue Études*, juin 2008.

2. La prise en compte de l'absence de guérison possible renvoie pourtant à notre condition médicale moderne où les situations de chronicité, d'incubabilité, de handicap se multiplient comme le montre Claire Marin dans son ouvrage *L'Homme sans fièvre*, Paris, Armand Colin, 2014.

3. Alain Froment, *Médecine scientifique, médecine soignante*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 2001.

remarquera néanmoins que ces modes d'exercice ne sont pas aujourd'hui les plus reconnus de la profession.

Si la technique et le savoir sont nécessaires et suffisants pour esquisser la figure d'un expert du *cure*, ils doivent être complétés par d'autres valeurs et d'autres compétences pour promouvoir un médecin authentiquement soignant, un *cure carer*. Une technique de traitement ne peut se fonder que sur une philosophie du soin, une philosophie tout à la fois épistémologie et éthique : « le *care cure* comme devise de notre profession », dit Winnicott. C'est à cette seule condition qu'elle peut être opératoire médicalement, *cure* et *care* indissociablement.

La fonction maternante du soin médical

Frédérique Bisiaux

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 81 À 89
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0081

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-81?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 Presses Universitaires de France.

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.

La fonction maternante du soin médical

Frédérique Bisiaux

Winnicott cite dans *Cure* quelques principes de base du travail psychanalytique dans lesquels la médecine pourrait puiser une inspiration pour réformer sa propre pratique. En effet, la spécificité de la psychanalyse est « d'offrir à la confiance un cadre professionnel ». Or, la confiance et la fiabilité ne sont pas pour lui un supplément d'âme dont le soin technique peut faire l'économie, c'est pourquoi il affirme que le praticien a beaucoup à apprendre « de ceux qui sont spécialisés dans le *care-cure* »¹.

L'affirmation que le soin constitue un fait total, quel que soit par ailleurs le sujet auquel il s'adresse, justifie dès lors l'analogie établie par Winnicott entre médecin, psychanalyste et *parent suffisamment bon*, ainsi que la relation du *care-cure* (soin-traitement) avec le *holding*, le premier constituant en réalité une extension du second.

1. Voir p. 33.

Reste alors à comprendre pourquoi le *holding*, concept valable dans le champ des relations dissymétriques entre nouveau-né et adulte, constitue une norme pratique pour le champ des relations professionnelles de soin. Comparer la relation professionnelle du soignant au patient à la relation qui unit le parent à son enfant ne contribue-t-il pas à dénaturer la première ? Nous proposons de comprendre la position de Winnicott à partir de l'étude de deux des propositions qui jalonnent la formulation du sixième principe évoqué dans *Cure*.¹

« Cela commence avec le bébé dans le ventre, puis le bébé dans les bras »

Le *holding* consiste à offrir un environnement physique à l'enfant dans sa période d'immaturation psychique et physique. Le concept désigne donc une pratique valable essentiellement dans une situation spécifique antérieure au « concept de vie commune »², expression par laquelle Winnicott désigne le moment où l'enfant est devenu un

1. Voir p. 33 et 34.

2. D. W. Winnicott, « La théorie de la relation parent-enfant », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Sciences de l'homme », 1969, p. 365.

individu de plein droit en relation avec la personne totale de la mère. Le *holding* commence bien avant la naissance, dans l'utérus maternel où le fœtus trouve une enveloppe physique propice à son développement. Il continue dans les bras de ceux qui soignent, dans la relation corporelle dont la psychanalyse winnicottienne fait le foyer du développement de la pensée réflexive de l'enfant. Le concept désigne généralement l'ensemble des actes prosaïques de soin du nourrisson, soit des activités physiologiques dont Winnicott nous rappelle d'emblée les effets psychologiques complexes : « l'environnement facilitant qui permet le processus de croissance et de maturation, ce sont les soins de la mère et du père, c'est la fonction familiale »¹. La priorité est accordée par Winnicott à la relation de soin, plutôt qu'aux identités substantielles des individus, qu'il considère comme les effets des relations intersubjectives². Est premier, chronologiquement et ontologiquement, « l'environnement facilitant », mis en place par le soin parental, qui permet l'activation de la tendance innée interne au développement de l'enfant. L'identité personnelle, faite du sentiment d'être un même soi dans un corps

1. p. 37.

2. Voir F. Bisiaux, *Le Soins maternel*, Paris, Puf, coll. « Questions de soin », 2013.

unifié distinct du monde des objets extérieurs, est l'effet d'un processus continu de subjectivation, issu de l'action concomitante du processus inné de maturation et du soutien apporté à ce dernier par l'environnement. C'est pourquoi, aux débuts de la vie, l'être de l'enfant ne peut être dissocié de la relation qui le fait advenir à lui-même. Si, en dépit de l'immaturité primitive de l'enfant, un moi indépendant peut émerger de la relation, c'est que le parent s'adapte aux besoins psychophysiques de l'enfant et répond aux exigences vitales et morales qui émanent de sa situation de dépendance, permettant ainsi son autonomisation progressive.

Inséparable de l'état de *préoccupation psychique du soignant*, le *holding* est exemplaire d'un *faire* qui ne relève pourtant pas d'un *savoir-faire*. La tradition positiviste associe le pouvoir au savoir : l'efficacité technique est selon elle assimilable à une démarche rationnelle contrôlée fondée sur des connaissances scientifiques préalables. Le *cure-remède* (distingué par Winnicott du *care-cure*, soin-traitement) en est l'application médicale. Le *holding* est au contraire une technique de soin ancrée dans la vie. Pour Winnicott, il faut regarder la technique comme un phénomène biologique, avant de la concevoir comme une opération intellectuelle. Alors que la technique, entendue comme théorie appliquée,

impose à la nature la marque du projet humain, la seconde prend appui dans le processus d'évolution biologique pour le prolonger ou le continuer. Cela contribue à faire de la technique de soin (*care*) une entreprise tâtonnante procédant par essais et erreurs. Le parent *suffisamment bon* n'est donc pas un savant, mais un expérimentateur traçant un chemin de soin original, dont la validité sera mesurée *a posteriori*, à l'aune de ses effets sur le développement psychophysique de l'enfant, plutôt que par sa conformité à une normativité extrinsèque.

Considérer la pratique médicale comme une extension du *holding* revient donc à élargir la gamme des moyens à sa disposition, au-delà de l'usage des remèdes qu'appelle traditionnellement l'approche scientifique de la médecine (prévention, diagnostique, acte technique). La restauration de la santé passe, pour Winnicott, par le *maintien* offert à la personne dépendante par le bien portant, comme la subjectivation de l'enfant repose sur l'environnement *secure* qui lui est offert. Dans le premier cas, néanmoins, il s'agit moins d'instaurer la confiance vitale par des relations intersubjectives, que de favoriser la « réassurance » psychophysiologique d'une personne éprouvée « en totalité » par la maladie par le soutien que l'on accorde à son être singulier et la reconnaissance de son égalité inaliénable. Cette

double exigence contribue à donner à l'analyse de Winnicott une dimension éminemment politique : dans la famille, comme dans la sphère médicale, l'attention portée à la singularité n'est pas séparable du respect de l'égalité. Dans les deux cas, « les hiérarchies tombent ».

La première partie de la citation a situé le *holding* dans l'espace et envisagé sa dimension corporelle. La seconde partie traite de sa temporalité, en affirmant que :

Le *care-cure* s'enrichit avec le processus de croissance chez le petit enfant, ce processus de croissance rendu possible par la mère qui sait exactement à quoi cela ressemble d'être ce petit bébé particulier auquel elle a donné naissance.¹

Le vivant auquel le soin parental s'adresse n'est pas un objet inerte et indifférent, mais une subjectivité qui choisit, exclut et sélectionne ce qui sert son propre développement, en fonction des normes vitales et morales propres à son existence singulière. C'est pourquoi le soin adapté l'est toujours à une singularité, dont il épouse la forme originale. Il est donc essentiellement dynamique. Il obéit à une logique du moment opportun et du geste adéquat qui évolue selon le moment du développement de l'enfant, d'après une gradation qui conduit

1. Voir p. 34.

de l'adaptation la plus étroite aux besoins psychophysiques des premiers temps, jusqu'aux formes du soin adaptées à la réalité psychique interne et à l'intégrité physique de l'enfant devenu grand.

Cet art subtil du discernement repose sur la dialectique de la distance et de la proximité, équilibre précaire qui constitue sa base. Le soin requiert la distance qu'instaure toute relation entre personnes distinctes (égales et singulières). Il réclame « de pouvoir pénétrer en imagination, avec exactitude dans les pensées, les sentiments, les espoirs et les peurs de quelqu'un d'autre »¹, de réduire la distance que, pourtant, il réclame aussi, sans jamais l'annuler pourtant. C'est ce que parvient à faire le parent « suffisamment bon ».

L'analyse de Winnicott implique que le processus de maturation, à lui seul, ne suffit pas pour que l'être humain devienne un individu. Bien sûr, soigner reste toujours un pari sur une dynamique interne individuelle, sur un processus de maturation qui impulse le mouvement de la croissance psychobiologique ou qui restaure la santé. Mais c'est encore résister aux sirènes évolutionnistes, qui nous suggèrent à tort que la croissance individuelle ou la guérison de la maladie

1. p. 31.

sont soumises à un processus téléologique qui en oriente le cours, de manière continue et infaillible, vers une certaine fin prédéterminée. Au contraire, soigner nous rappelle à la conscience du tragique, auquel est associée la contingence d'un processus de maturation qui dépend aussi d'un milieu de vie créatif, susceptible de stimuler l'effort intérieur de développement du vivant en le protégeant des empiétements hostiles, internes et externes.

C'est pourquoi penser le soin médical implique de relativiser la puissance de son emprise technique : les ressources internes de l'individu et le traitement médical ne suffisent pas à rétablir une santé dont la restauration dépend également des conditions subjectives de la prise en charge totale de la dépendance. C'est pourquoi il faut reconnaître l'importance de la structure individu/environnement et admettre que l'intériorisation psychique de la relation de confiance et de la fiabilité du soignant constitue un moteur essentiel de la restauration de la santé. Winnicott engage le monde médical à concevoir la guérison sur fond de synergie entre ces trois facteurs complémentaires et indissociables. Tel est le sens qui doit être, selon nous, donné à l'analogie établie par Winnicott entre soin parental et soin médical. Cette dernière tient compte de la faille profonde introduite par

la maladie chez le patient adulte, converti de force à la dissymétrie relationnelle et à la dépendance, sans oublier l'angoisse à laquelle le condamnent la maladie et son cortège de souffrances. C'est pourquoi Winnicott a raison de reconnaître dans le soin parental un cadre susceptible d'orienter la pratique médicale.

Les valeurs du soin ou la relation médicale en contexte

Nathalie Zaccà-Reyners

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 91 À 99
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0091

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-91?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 Presses Universitaires de France.

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.

Les valeurs du soin ou la relation médicale en contexte

Nathalie Zaccai-Reyners

Une relation marquée par la rencontre de la fiabilité et de la dépendance, tel serait le propre du soin selon Winnicott. Dans le contexte médical, ces termes prennent une coloration distincte du cadre familial qui accueille le petit enfant. La fiabilité consiste à protéger l'être vulnérable de l'imprévisible, mais elle se fait professionnelle dans le domaine médical, s'inscrivant dans l'horizon d'une prétention à la validité, sans engagement émotionnel ni satisfaction psychique détournée (cruauté). Si la fiabilité est humaine, Winnicott précise qu'elle est également non mécanique : pas d'infaillibilité, mais une éthique du soin, une déontologie, qui requiert également une capacité à s'inscrire dans des relations d'identification croisées, et à s'engager dans une « confrontation clinique » sans hiérarchie. En ce qui concerne la dépendance, Winnicott rappelle d'emblée l'ambivalence de toute relation en demandant « qui est malade ? », patient et soignant

se trouvant dans une posture spécifique de dépendance à l'égard de l'autre.

Mais, plus radicalement encore, Winnicott replace le soin médical dans l'ensemble de la vie humaine. Diachroniquement, ce dernier est une déclinaison du soin qui accompagne la vie, depuis la conception jusqu'au trépas. Synchroniquement, il s'inscrit dans un environnement sociétal d'une façon qu'il convient de considérer pour comprendre ses spécificités, et en particulier pour ne pas l'amputer de sa dimension *care*. La relation de soin est déterminante pour l'épanouissement de l'individu dont la santé requiert un environnement facilitant, tout comme pour l'épanouissement de la société dont la santé requiert le déploiement d'activités de *holding*. La tension marquée par la distinction *cure-care* permet de souligner ce qui se perd dès lors que le soin est détaché de ces ancrages et considéré comme un acte thérapeutique isolé dans la vie de l'individu.

Parmi les éléments susceptibles d'accroître la scission du *care* et du *cure*, il en est un qui n'est qu'effleuré par Winnicott dans *Cure*, et sur lequel nous voudrions nous arrêter brièvement. Deux phrases en particulier laissent entendre que la recherche de l'intérêt particulier du corps médical ne coïncide pas nécessairement avec les

finalités émancipatrices du soin au sens large. Ainsi Winnicott prend-il la peine de préciser :

Vous vous rendrez compte immédiatement qu'en présentant ainsi les choses, je marque la différence entre le médecin pratiquant pour son propre compte et celui qui agit pour la société¹.

Et, plus loin, d'interroger :

Est-ce trop demander au clinicien que de faire du *care-cure* ? Cet aspect de notre travail ne paraît pas être un succès si l'on en juge par la demande d'augmentation des honoraires².

Si ces remarques sont extraites de leur contexte, et sans considérer la question de l'augmentation à proprement parler, la mention des honoraires invite à considérer l'organisation des pratiques de *holding* au sens large en tant que relations socialement souhaitables et collectivement organisées. Le système professionnel du soin renvoie à une organisation sociopolitique dont les échanges sont principalement médiatisés par l'argent et le prestige. En quoi ces formes d'échange peuvent-elles favoriser ou non les pratiques de *holding* ? Vaste question, mais revenons un instant aux honoraires. C'est là la rémunération d'un service rendu

1. Voir p. 24.

2. Voir p. 35.

dans le cadre des professions libérales, c'est-à-dire des professions « de caractère intellectuel [...] que l'on exerce librement ou sous le seul contrôle d'une organisation professionnelle »¹. Honorer le médecin, c'est reconnaître la valeur du savoir qu'il maîtrise et lui exprimer de la gratitude à bénéficier de son accompagnement, car dans cette valeur du savoir maîtrisé, il y a l'espoir d'une vie meilleure. La visée émancipatoire qui accompagne son projet, et qui marque le caractère quasi transcendant du savoir dont dispose le médecin, est probablement l'un des héritages théologiques de la relation thérapeutique. L'asymétrie des savoirs induit une posture de déférence et de considération à l'égard de la maîtrise et de l'excellence, qui appelle des marques de gratitude, comme le rappelle Winnicott. Mais cette forme de rétribution, si elle occupe encore notre imaginaire, semble largement résiduelle dans les systèmes actuels de financement des soins de santé. Comme le rappelle Jean Gillis :

L'honoraire [...] n'est ni un salaire ni un appointement mais une faveur. Le médecin exerce son art et en surplus en reçoit une marque de récompense...²

1. *Le Petit Robert*, 1993.

2. J. Gillis, « Honoraires et salaire ou le médecin face à l'argent », in *Santé conjugée*, janvier 2004, n° 27, p. 63.

Depuis la création de l'État social et des systèmes solidaristes de mutuelles, mais aussi avec l'émergence de systèmes d'assurances privées, la rétribution des soins médicaux s'inscrit dans un cadre tripartite impliquant le patient, le soignant et un organisme assureur. Dans ces contextes, les modalités de financement des prestations ont pris trois formes différentes qui, comme le souligne Michel Rolland, impliquent

des systèmes de santé de conception totalement différente :

- la rétribution à la vacation (à l'acte) : dans laquelle chaque prestation est honorée pour chaque prestataire selon une nomenclature fixée et/ou négociée ;
- la rétribution forfaitaire à la fonction : dans laquelle les prestataires sont honorés par l'allocation d'un montant salarial fixe ;
- la rétribution forfaitaire à la capitation : dans laquelle les dispensateurs sont honorés en fonction du nombre de personnes (abonnées ou inscrites) prises en charge¹.

Chacun de ces systèmes présente des avantages et des inconvénients, et est en vigueur de façon plus ou moins mixte et articulée selon les pays. Le plus répandu est celui de la rétribution à la vaca-

1. M. Rolland, « Le financement des soins de santé. Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Et le forfait... », dans *Actes du VIII^e colloque de la Fédération des maisons médicales – Avril 1999* – Oignies-en-Thiérache, p. 18. Voir <http://www.maisonmedicale.org/Bibliographie-a-propos-du.html>.

tion. Faute d'approfondir comme il se devrait les considérations sur les avantages et inconvénients de ces différentes options, revenons aux craintes évoquées par Winnicott sur la réduction du soin au traitement curatif qui viendrait renforcer la conception des soignants comme groupe socioprofessionnel soucieux de son intérêt corporatiste, oublieux de sa place dans un environnement plus large. Car la domination de la forme de « rétribution à l'acte » de la pratique médicale exprime également une difficulté inscrite dans l'évaluation même de l'échange qui est au cœur de la relation de soin. La difficulté à évaluer le soin dans toute sa dimension favorise sans doute des modes de financement dont les logiques tendent à entraver une conception élargie du soin.

Si la dimension curative du soin (le *cure*) a connu des processus de formalisation et d'objectivation propices à une large spécialisation et valorisation professionnelle, il n'en va pas de même de ce que l'on peut appeler la dimension relationnelle du soin. Comment rendre compte, décrire, comptabiliser et comparer des gestes, des attitudes, des dispositions construits dans la relation ? La difficulté qu'il y a à exhiber la dimension relationnelle du soin se manifeste dans la difficulté à faire voir la valeur de ces activités, à les faire reconnaître

professionnellement, financièrement, socialement comme pertinentes. Il ne s'agit pas là en effet d'un travail reproductif au sens marxiste du terme. Les tâches reproductives peuvent dans une large mesure être formalisées et éventuellement mécanisées ou automatisées. Mais accompagner les patients dans leur vécu de la maladie, ouvrir des espaces destinés à leurs proches, cela ne relève pas de tâches automatisables. Comme le souligne Winnicott, agir de façon mécanique peut générer de nombreux dégâts dans ces contextes, même si une certaine routine est probablement nécessaire à leur continuité. Si ces activités ne renvoient pas à un travail reproductif, elles ne sont probablement pas davantage une forme de travail productif, un travail d'auteur ou de production, au sens de la *poiésis* grecque, qui est la forme de travail la plus valorisée dans notre culture. Il s'agit plutôt de ce que l'on pourrait appeler un travail relationnel, un travail qui ne peut être mécanisé, et dont le produit ne peut être exhibé après coup. Au contraire, tant qu'il est effectué correctement, le travail relationnel reste pour l'essentiel insaisissable, invisible. Sa qualité réside même en partie dans sa capacité à masquer sa pénibilité¹.

1. Voir sur ce point P. Molinier, *L'Énigme de la femme active*, Paris, Payot, 2003.

On pourrait faire l'hypothèse d'une affinité élective entre le système de rétribution à la vacation et une autonomisation du domaine du curatif. Ce système de rétribution invite à considérer le soin comme une parenthèse dans la vie des patients, une épreuve circonscrite dont l'enjeu est la restitution d'un bien-être, plutôt que comme relevant du *holding*. Du point de vue de l'évaluation des prestations, il y a là plusieurs facilités. Un confort intellectuel tout d'abord : savoir quels indices considérer comme pertinents pour définir l'enjeu du soin et l'inscrire dans un échange contractuel. Un confort matériel ensuite : centré sur un individu, sur une fonction claire, l'effort est circonscrit lui aussi dans le temps, dans l'espace, dans l'engagement matériel qu'il représente. Il peut être chiffré, comparé, évalué. On peut rendre des comptes sur ce qui a été investi, sur la pertinence des choix, etc. Confort psychologique enfin : les places et attentes sont définies de façon à limiter l'engagement psychique des personnels soignants sur le terrain.

La difficulté à formaliser l'échange qui s'inscrit dans la relation de soin nourrit les craintes d'une dissociation entre *cure* et *care*. Et cela alors même que l'évolution récente des systèmes de soin semble en partie conforter la conception élargie de Winnicott. On observe dans plusieurs domaines

une redéfinition des frontières qui touche à l'organisation des activités proprement dites (qui fait quoi, où, comment, avec qui), à la définition des pathologies et de leurs remèdes, ou encore à la prise en charge pratique et financière de ces différentes activités. Alors, « *Est-ce trop demander au clinicien que de faire du care-cure ?* » Sans doute est-ce demander beaucoup dans le système actuellement dominant de valorisation du soin. Et ce alors même que les pratiques thérapeutiques semblent comprendre la plus-value que représente le soutien aux activités de *holding* requises pour la santé des individus et de leurs environnements.

Prendre soin et médecine hospitalière

Sylvie Fortin

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 101 À 109
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0101

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-101?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 Presses Universitaires de France.

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.

Prendre soin et médecine hospitalière

Sylvie Fortin

Il y a plus de quarante ans maintenant, Winnicott soulignait l'étrange divorce entre les notions de soin et de traitement dans la pratique médicale contemporaine, l'écart entre médecins généralistes et spécialistes. Il associait les premiers à des travailleurs sociaux, motivés par un accompagnement « global » du patient, et les seconds à un univers dominé par un savoir technique mis à profit dans les processus de diagnostic et de traitement. Or, l'art de la pratique médicale, entendu comme un savoir ancré dans une approche « humaine », tend à disparaître¹. C'est à partir de recherches anthropologiques menées sur les pratiques cliniques hospitalières que sont ici formulées quelques idées faisant écho au texte *Cure* de Winnicott. J'insisterai d'abord sur l'actualisation des écarts entre le curatif et le soin en milieu hospitalier pédiatrique, pour ensuite interroger le lien entre les exigences sou-

1. S. Fortin, « Contemporary Medicine: Applied Human Science or Technological Enterprise? », *Ethics and Medicine*, 2008, 24 (1), p. 41-50.

vent morales de la profession médicale, discutées par Winnicott, et les contextes de formation et de pratiques médicales.

La médecine est-elle une science humaine appliquée ou une science technologique ? Interrogés sur les qualités du « bon médecin », les cliniciens hésitent entre savoir-faire et savoir-être. Certains insistent sur cette dimension technique (les savoirs experts) évoquée par Winnicott, alors que d'autres mettent au premier plan l'aspect humain de la pratique :

Un bon médecin, c'est quand même un médecin qui a des compétences médicales. Il doit être, d'abord et avant tout, un expert dans son domaine. Il peut avoir toutes les qualités humaines mais s'il ne sait pas de quoi il parle, il n'ira nulle part.

Être un bon médecin, c'est arriver à appliquer humainement ce que tu sais. Et c'est ça qui est difficile.

Ces propos d'un pédiatre à l'urgence et d'un pédiatre en gastro-entérologie rappellent cette tension omniprésente dans la clinique contemporaine où le patient (comme sa famille) souhaite trouver à la fois une technologie de pointe et une écoute, un apaisement de sa souffrance. Toutefois, le corps, appréhendé par la science médicale, devient un objet trop souvent détaché de l'individu qui l'habite¹.

1. B. Good et M. J. Del Vecchio Good, « Learning Medicine. The Construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School », p. 81-107; S. Lin-

Le *care* est devenu facultatif face aux *cures*, considéré comme prioritaire. Les modalités d'évaluation des cliniciens en témoignent. Dans les centres hospitaliers universitaires, de nombreux médecins jonglent avec un triple mandat : recherche, publication, formation. Ces activités sont mesurées, comptabilisées et assurent la renommée du praticien (et par extension de son unité, de son institution). En comparaison, la clinique faite l'objet de peu d'attention. La qualité des échanges avec les patients et plus largement les dimensions sociales de la clinique ne suscitent aucune attente particulière. Celles et ceux qui s'interrogent sur les voies à suivre avec une famille (et plus largement sur ce qui relève du savoir-être en contexte clinique) le font en marge du courant dominant, souvent sans appui institutionnel. Le savoir-faire l'emporte sur le savoir-être, l'un est valorisé, l'autre est accessoire. La pratique infirmière n'échappe pas à cette dynamique, la technicité est au premier plan (aux soins intensifs et en néonatalogie notamment) étant source d'estime, comme l'explique une infirmière aux soins intensifs :

Les infirmières aiment les soins intensifs [...] pour leur rythme excitant et l'adrénaline [...]. Il y a ces patients au

denbaum et M. Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Everyday Life*, Berkeley, University of California Press, 1993; G. Le Blanc, « Le conflit des médecines », *Esprit*, 2002, n° 284, p. 71-80.

pronostic incertain, celui qui arrive d'une chirurgie cardiaque et qui nécessitera peut-être un soutien extracorporel en urgence ou aura des saignements inexplicables. On doit pouvoir réagir rapidement.

On insiste sur l'importance de l'expertise nécessaire au « soin » dans ces unités où la technologie est indissociable de l'évolution de spécialités. Même chez les soignants, pour qui le *care* est central, une hiérarchie symbolique (et parfois réelle) s'installe dans certaines unités, les soins aigus, techniques et spécialisés l'emportant sur les soins chroniques, comme en témoignent ces déclarations d'une infirmière aux soins intensifs :

Elles trouvent ces patients [chroniques] inintéressants, lassants.

Les autres infirmières qui travaillent ici [...], elles cherchent les défis, l'intensité. Tu dois être toujours attentive, prête à agir. Mais moi je ne suis pas comme ça, je préfère donner le meilleur de moi-même à mon patient du jour, quel qu'il soit.

Le patient pour qui la maladie est histoire d'une vie ne représente pas le même défi pour la clinique. Les médecins et le personnel infirmier souhaitant s'investir auprès des patients « inguérissables » sont peu nombreux :

Pour moi, dire que tu ne veux pas prendre soin d'un patient juste parce qu'il est chronique, c'est la même chose que dire que tu ne veux pas travailler auprès d'un

patient parce qu'il est de couleur x ou de religion y . C'est un important problème éthique, il y a une sous-classe de patients dans notre unité¹.

Les équipes de soins palliatifs l'éprouvent également, soit dans les négociations récurrentes avec de nombreux pairs pour accompagner des patients au pronostic incertain, soit au travers des (maigres) ressources mises à leur disposition au sein même de l'hôpital. En somme, le *care* et le *cure* sont plus que jamais éloignés dans les lieux phares de la biomédecine, et l'écart se creuse entre les soignants qui s'investissent auprès de patients dits « aigus » et ceux qui se consacrent aux patients atteints de maladies complexes et chroniques.

L'examen de l'allocation des ressources en santé permet là aussi de mesurer combien le *cure* l'emporte sur le *care* au plan organisationnel et structurel². Les ressources allouées à la médecine de pointe comparées à celles accordées aux services de santé primaire, où œuvrent de nombreux généralistes, donnent à voir combien le *cure* domine au plan politique. Cette logique est aussi reproduite entre les différentes unités de soins où l'aigu l'emporte sur le chronique. Quant à la formation médicale,

1. Témoignage d'une infirmière aux soins intensifs.

2. Voir F. Alvarez et G. Bibeau (dir.), *Médecine publique, médecine privée. Un choix de société*, Montréal, Éditions CHU Sainte-Justine, 2011.

le prestige est accordé aux surspécialités. La voie du généraliste est souvent assimilée à celle des « moins performants ». Celui qui « prend soin du patient », comme l'affirme Winnicott, et choisit une médecine générale accepte des conditions de pratiques moins bien rémunérées et un pouvoir politique moindre dans l'orientation que prendra la médecine dans sa société¹. Cette question dépasse toute-fois l'espace clinique :

Du point de vue de la pédiatrie, le défi pour les années à venir, c'est d'essayer de trouver un certain équilibre entre l'action et la réflexion, entre ce qui est science, technologie et humanisme, entre ce qui est individuel et collectif. Je pense qu'on est loin de l'équilibre. [...] La société même fluctue comme un pendule et passe d'un côté à l'autre. Il ne s'arrête que rarement au milieu².

Lorsque Winnicott discute les principes inhérents à la pratique médicale, il évoque le caractère moral et l'asymétrie fondamentale de la relation soignant-soigné. Nos différents travaux donnent à voir la manière dont les hiérarchies sociales locales sont reportées dans la clinique³. Certains le déplorent, d'autres y participent. Ainsi, selon un pédiatre

1. I. Baszanger, *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 2002.

2. Témoignage d'un pédiatre en transplantation hépatique.

3. S. Fortin, « Toutes les familles ont-elles une même voix en contexte de soins ? », F. Kanouté et G. Lafortune (dir.), *Familles d'origine immigrante : les dynamiques d'établissement*, Presses de l'Université de Montréal, 2011, p. 11-28.

spécialisé dans les maladies infectieuses interrogé sur les défis d'une pratique médicale auprès d'immigrants : « C'est plus facile, ils nous respectent. »

Pour Patrick Vinay¹, néphrologue et médecin en soins palliatifs au Centre hospitalier Notre-Dame de l'université de Montréal, seule l'acceptation de la mort prochaine du patient permet à l'asymétrie clinique de s'estomper. Le médecin cesse d'être celui qui sait et devient celui qui écoute. Cette capacité d'écoute n'est pas donnée d'emblée et renvoie à la relation de soin en médecine, souvent reléguée au personnel subalterne. Winnicott énonce les conditions du « prendre soin », notamment l'absence de jugement, l'honnêteté, la fiabilité, l'harmonie entre distance et proximité émotives, l'intégrité et, en résumé, une volonté de faire le bien. Toutes ces qualités relèvent de valeurs individuelles, d'un savoir-être quasi vocationnel. Cet art de la médecine fait-il partie du curriculum contemporain de formation ? Comme le souligne Céline Lefève, « se former au soin demande donc d'apprendre autrement la médecine »². Toutefois, nombreuses sont les formations médicales largement, voire exclusivement,

1. P. Vinay, « Éloge de l'impuissance », S. Fortin et M. J. Blain (dir.), *Mourir à l'ère biotechnologique*, Montréal, Éditions Sainte-Justine, 2013, p. 43-50.

2. C. Lefève, *Devenir médecin*, Paris, Puf, coll. « Questions de soin », 2012, p. 54.

axées sur le savoir-faire. À titre d'exemple, le programme des « compétences médicales » à acquérir, promu par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, accorde une place importante aux dimensions relationnelles dans la formation médicale. Mais la façon dont ces enseignements seront repris par les mentors demeure aléatoire, comme en témoigne la question de ce pédiatre lors d'une assemblée départementale :

« Combien de minutes dois-je consacrer au volet communication avec mes étudiants ? »

Réunir le *care* et le *cure* dépasse la volonté individuelle et la qualité morale de la relation soignant-soigné pour s'inscrire dans le politique. Des choix institutionnels, organisationnels, économiques, de temps et d'espace façonnent la pratique clinique. Le médecin n'évolue pas en vase clos, et ses moyens sont aussi ceux de son milieu. Comme le dit Edmund Pellegrino, professeur émérite de médecine et d'éthique médicale à l'université de Georgetown :

Au service de qui le médecin est-il ? Vise-t-il le bien du patient, la renommée de l'équipe qui le rémunère ou son propre succès athlétique ?¹

1. E. Pellegrino, « Biotechnology, Human Enhancement and the Ends of Medicine », *The Center for Bioethics and Human Dignity*, 2004 (<http://www.cbhd.org/content/biotechnology-human-enhancement-and-ends-medicine>).

L'anthropologue et psychiatre Arthur Kleinman, de Harvard University, qui fut l'artisan d'une réflexion sur les multiples facettes de la maladie et sur l'inclusion de la narration comme *medium* pour mieux cerner le vécu du patient¹, questionne aujourd'hui la capacité de cette même médecine à intégrer le soin au sein de sa pratique, tant sa structure organisationnelle, dans de nombreux pays du Nord tout au moins, et la logique d'une expertise toujours croissante éloignent, sans retour peut-être, le traitement du soin². L'appel à une médecine humaniste n'en résonne pas moins auprès de nombreux cliniciens. Mais il doit aussi être entendu collectivement, sur le plan de la formation des professionnels de la santé, de l'organisation des soins et de l'allocation de ressources. Il s'agit de choix qui traversent le politique et l'économique pour rejoindre un projet moral soutenu par un collectif, une société. La reconnaissance du *care* au sein de la biomédecine en dépend.

1. A. Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books, 1988. Voir aussi B. Good, *Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

2. A. Kleinman, « The Art of Medicine. Caregiving as a Moral Experience », *Lancet*, 2012, 380, p. 1550-1551; « From Illness as Culture to Caregiving as Moral Experience », *The New England Journal of Medicine*, 2013, 365, 15, p. 1376-1377.

L'apprentissage du *care* chez les étudiants en soins infirmiers

Nicolas Marquis

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 111 À 122
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0111

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-111?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 Presses Universitaires de France.

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.

L'apprentissage du *care* chez les étudiants en soins infirmiers

Nicolas Marquis

La distinction entre le *care* et le *cure* pour renvoyer à deux dimensions complémentaires de l'acte de soin est une merveille de la langue anglaise. Elle permet déjà à Winnicott de mettre en lumière ce qui va devenir le leitmotiv de la critique savante et populaire à l'égard des pratiques médicales officiellement reconnues : le risque que l'acte de prendre soin ne se résume plus qu'à un ensemble de gestes techniques visant l'éradication de la maladie, et devienne ainsi aveugle à d'autres aspects du prendre soin, alors renvoyés au « sale boulot », selon l'expression de Hughes.

Cette crainte d'un envahissement du *care* par le *cure* est souvent renforcée par la représentation selon laquelle le *care* ne s'apprend pas comme le *cure*, soit que l'on rattache cette capacité à une sorte de « fibre » ou de « nature » (par exemple féminine), soit qu'on renvoie la genèse de cette compétence aux premiers moments de la vie d'un

individu, qui n'a dès lors pas ou plus de prise sur ce processus réglé en amont. La première possibilité anime les débats au sein de la pensée féministe à propos de l'éthique du *care*, tandis que la seconde est justement celle dont se saisit Winnicott dans ce texte. Le psychanalyste parle d'une propension « naturelle » à répondre aux besoins des malades qui serait présente chez certains soignants, tandis que d'autres ne sont que « médiocrement capables » de se mettre à la place de leur patient. On est un soignant compétent si on est capable d'« appliquer les principes que nous avons appris au début de notre vie » lorsque nous recevions d'avance « des soins et un traitement suffisamment bons ». Cette idée comporte deux implications fortes : d'abord, la formation scolaire n'aurait qu'un effet marginal sur la capacité à prodiguer du *care* (Winnicott dit qu'il faut « sélectionner les étudiants » déjà compétents) ; ensuite la capacité à être soignant serait intimement liée à l'expérience d'être soigné.

Pour discuter ces deux implications, je me concentrerai sur une profession soignante en particulier : les infirmières¹. Comme d'autres professions médicales, les infirmières travaillent à la

1. Ce terme féminin générique regroupe les infirmiers et les infirmières. Il en ira de même pour le terme générique masculin « étudiant », qui regroupe également les personnes des deux sexes.

fois sur le plan du *cure* et du *care*. Par ailleurs, elles vivent tous les jours des situations qui les obligent à remettre en question un ensemble de codes qui ont cours dans la vie quotidienne. Elles ont le droit et le devoir de s'immiscer dans l'intimité des patients : de leur nudité à leur sommeil en passant par leurs sécrétions corporelles et plus largement tous les aspects inavouables ou inavoués de leur vie. Elles sont également en première ligne pour faire face à la dépendance, tant physique que morale, de patients redevenus, au moins temporairement, incapables de tenir tout seuls.

Les données mobilisées ici proviennent d'une enquête quantitative récente auprès d'étudiants en soins infirmiers et auprès de futures sages-femmes en Belgique francophone. Dans cette enquête, menée en collaboration avec Jacques Marquet et Nathalie Hubert, 1 468 étudiants de première année ont été interrogés. Trois ans plus tard, ces étudiants – alors en fin de cycle de formation – ont de nouveau été soumis à un questionnaire, auquel 756 étudiants ont répondu¹. La comparaison des résultats obtenus auprès des étudiants de première et de troisième année permet

1. J. Marquet, N. Marquis, N. Hubert (dir.), *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, 2013.

d'observer l'apprentissage de la relation de soin à la fois dans ses aspects de *care* et de *cure*.

Comment s'acquièrent les compétences du « prendre soin » ? Comment vérifier qu'elles ont été bien acquises par les étudiants en soins infirmiers ? Autrement dit, comment montrer que les étudiants, qui débutent leur formation avec des expériences et des attentes très différentes, ont été correctement *affectés* par leur cursus ? Ces questions valent tant pour les établissements scolaires et les enseignants que pour les chercheurs. L'apprentissage du statut d'infirmière doit mener à l'acquisition d'un *habitus*, qui consiste à la fois en un ensemble de représentations et de gestes techniques plus ou moins formalisables (l'*eidōs*), pour savoir ce qu'il faut faire et ce qu'il faut connaître, en un ensemble de valeurs et de normes (l'*ethos*), pour savoir ce qu'il faut penser, ainsi qu'en un ensemble de scripts et de manifestations corporels (l'*hexis*), qui permettent de savoir comment se comporter et agir en situation.

Dans les formations et les évaluations scolaires, les compétences dont il est le plus aisé de tester l'acquisition tiennent évidemment à l'*eidōs*, qui renvoie aux dimensions techniques du *cure* (poser un diagnostic, effectuer un soin correctement, etc.). Le *care*, quant à lui, se loge principalement dans

l'ethos et *l'hexis* : quelle est la bonne attitude à adopter face au patient ? Comment gérer sa dépendance ? Comment permettre à tout le monde de sauver la face dans des situations qui produisent de la gêne ? Il est certes difficile de tester ces compétences à travers des examens classiques. Est-ce pour autant qu'elles ne peuvent pas s'apprendre au cours de la formation ?

En réalité, la comparaison entre les résultats d'étudiants en début et en fin de cycle donne à penser qu'une série de curseurs bougent au cours de ces trois ans, non pas uniquement sur le plan des compétences techniques, mais également sur l'apprentissage de la « bonne distance » au patient et sur l'acquisition d'une certaine aisance dans la relation de soin. Par exemple, si, en première année, les étudiants étaient encore 8,7 % à se déclarer d'accord avec l'idée que « les soins sont essentiellement techniques », ils ne sont plus que 2,4 % en troisième année. Les étudiants de troisième année sont par ailleurs moins enclins à considérer une série de situations de soin comme étant problématiques ou génératrices de malaise. Par exemple, la proportion d'étudiants qui déclarent accepter « sans problème » de prodiguer des soins d'hygiène à une personne âgée passe de 77,2 % à 97,2 %, alors que ceux qui déclarent qu'ils le feraient sans pour

autant être à l'aise diminuent dans les mêmes proportions. D'autres éléments semblent confirmer cette tendance. Ainsi, les étudiants de troisième année considèrent bien plus volontiers qu'il est approprié de prendre la main d'un patient pour le reconforter.

L'enquête révèle cependant que d'autres situations, considérées par les étudiants comme problématiques au début de leur parcours d'études, semblent le rester au terme des trois années. Sans pouvoir ici les analyser systématiquement, je me bornerai à signaler une constatation frappante : les situations qui restent délicates à gérer pour les étudiants en fin de cycle se caractérisent la plupart du temps par une incapacité du patient à se prendre en charge. Or, la question de la dépendance est, selon Winnicott, au cœur de la demande que le patient formule de manière souvent implicite, au soignant : puis-je être dépendant de toi ? Acceptes-tu ma relative désintégration ?

La question de l'hygiène, que ces soignants en formation attendent de la part du patient, fournit un bon exemple, car il montre que le patient acceptable est celui qui continue à se tenir de l'intérieur malgré sa dépendance. Ainsi, lorsque l'on demande aux étudiants de première année s'il est important que le patient soit déjà « propre pour

recevoir un soin d'hygiène », 42,1 % répondent qu'il se doit d'être « toujours » propre, tandis que 50,3 % déclarent qu'il ne doit y satisfaire que « si cela lui est possible » (les 7,7 % restants déclarant que ce n'est pas important ou qu'ils n'ont pas d'avis à ce sujet). Étonnamment, la proportion d'étudiants qui déclarent que le patient se doit d'être « toujours » propre, loin de diminuer, augmente légèrement en troisième année : la propreté du patient préalable au soin d'hygiène reste un réquisit pour près de 45 % d'entre eux. Les étudiants sont par ailleurs deux fois plus nombreux en troisième année (8 %) qu'en première (4 %) à déclarer que, s'ils en avaient la possibilité, ils refuseraient de prodiguer des soins d'hygiène à des personnes à « l'hygiène douteuse ».

Mais il y a plus intrigant encore : lorsque l'on leur demande si « le fait d'être dépendant d'un(e) soignant(e) les met mal à l'aise », 60,7 % des étudiants de première année se disent d'accord avec cette affirmation. Ils sont par ailleurs 51 % à affirmer que cela atteint leur « fierté personnelle ». Chez les étudiants de troisième année, ces proportions montent respectivement à 76,8 % (+ 16,1 %) et à 68,2 % (+ 17,2 %). Contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre, se retrouver en position de soignant semble rendre plus difficile la position de

soigné. Autrement dit, le fait de se retrouver dans une position dans laquelle il faut gérer la dépendance d'autrui semble rendre encore plus inacceptable d'être très précisément dans cette position de dépendance.

Cela ne veut certainement pas dire que ce que Winnicott appelle des identifications croisées – se mettre à la place de l'autre qu'il soit soignant ou patient – ne se produit pas lorsque les étudiants apprennent le métier de soignant. On peut néanmoins se demander si ces identifications croisées ne produisent pas l'effet inverse à celui qu'on aurait attendu : une difficulté accrue à faire face à la désintégration, d'abord la sienne, et puis celle des autres.

Bien que le saut d'échelle soit important, il est difficile de ne pas rapprocher ces observations d'un phénomène social qui se développe progressivement depuis quelques décennies : celui de la société de l'autonomie comme condition, selon l'expression d'Alain Ehrenberg¹. Dans une telle société, l'autonomie individuelle est considérée comme prédonnée à chaque individu – enfant, adulte, vieillard. On y attend dès lors de chaque individu qu'il puisse se conduire par lui-même, décider

1. A. Ehrenberg, *La Société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010.

pour lui-même, agir de lui-même – ce que chacun est d'ailleurs le premier à désirer ardemment pour lui. Ce complexe socioculturel qui sacre l'autonomie individuelle comme la valeur la plus précieuse permet peut-être de mieux comprendre pourquoi la dépendance à autrui nous paraît aujourd'hui, dans nos relations quotidiennes, particulièrement problématique. Elle renforce par ailleurs la spécificité du travail des soignants aux prises avec le *care* : gérer une dépendance devenue socialement indésirable et individuellement insupportable.

Note bibliographique

1. TEXTE

- *Cure. A Talk Given to Doctors and Nurses in St Luke's Church, Hatfield, on St Luke's Sunday, 18 October 1970*, in D. W. Winnicott, *Home Is where we Start from. Essays by a Psychoanalyst*, réunis et édités par Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis, W. W. Norton, 1986, p. 112-120.
- « Cure », in D. W. Winnicott, *Conversations ordinaires*, traduction française de B. Bost, Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 1988, p. 123-133.

2. QUELQUES OUVRAGES DE D. W. WINNICOTT

- *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975 (*Playing and Reality*, 1971), réédité en coll. « Folio », 2004.
- *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1969), Paris, Payot, 1989.
- *Conseils aux parents*, Paris, Payot, 1995.
- *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1988.
- *La Crainte de l'effondrement*, Paris, Gallimard, 2000.
- *La Nature humaine*, Paris, Gallimard, 1990.
- *Lettres vives*, Paris, Gallimard, 1989.
- *Lectures et Portraits*, Paris, Gallimard, 2012.

3. QUELQUES OUVRAGES AUTOUR DE WINNICOTT

- « D. W. Winnicott », *L'Arc*, n° 69, Aix-en-Provence, 1977.
- Clancier Anne et Kalmanovitch Jeanne, *Le Paradoxe de Winnicott. De la naissance à la création*, Paris, In Press, 1999.

- Davis M., Wallbridge M., *Winnicott. Introduction à son œuvre*, Paris, Puf, coll. « Quadrige », 2002.
- Duparc François (dir.), *Winnicott en quatre squiggles*, Paris, In Press, 2005.
- Green André, *Jouer avec Winnicott*, Paris, Puf, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 2005.
- Lehmann Jean-Pierre, *La Clinique analytique de Winnicott*, Toulouse, Érès, 2003.
- Id. *Comprendre Winnicott*, Paris, Armand Colin, 2009.
- Phillips Adam, *Winnicott ou le Choix de la solitude*, tr. fr. Michel Gribinski, Paris, L'Olivier, 2008.
- Rodman F. Robert, *Winnicott, sa vie, son œuvre*, Toulouse, Érès, 2008.

Remerciements

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 123 À 123
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0123

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-123?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 Presses Universitaires de France.

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.

Remerciements

Ce livre est le fruit de conversations et de lectures interdisciplinaires échangées autour du Cure de Winnicott lors des journées d'étude « Penser le soin », organisées par le Séminaire international d'études sur le soin (SIES) et le Groupe de recherche sur l'action publique (GRAP – Institut de sociologie), à l'Université libre de Bruxelles, du 13 au 15 mars 2013, à l'invitation de Nathalie Zaccai-Reyners à qui nous disons toute notre gratitude. Nous tenons à remercier particulièrement Céline Lefève pour l'aide qu'elle nous a apportée à la réalisation de ce volume.

Les auteurs

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015**, PAGES 125 À 127
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0125

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-125?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 Presses Universitaires de France.

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.

Les auteurs

FRÉDÉRIQUE BISIAUX est docteur en philosophie et professeur en classes préparatoires aux lycées Gaston-Berger et Faidherbe de Lille. Elle est l'auteur de *Soin maternel*, paru aux Puf en 2013.

SYLVIE FORTIN est anthropologue, professeure rattachée aux départements d'anthropologie et de pédiatrie de l'université de Montréal. Elle a récemment dirigé un numéro d'*Anthropologie et Sociétés* (37,3) sur l'ethnographie hospitalière et codirigé *Mourir à l'âge biotechnologique* (Éditions du CHU Sainte-Justine, 2013) avec Marie-Jeanne Blain.

CLAIRE MARIN est docteur en philosophie, membre associé du Centre international de la philosophie française contemporaine à l'École normale supérieure. Elle est l'auteur de *Violences de la maladie, violence de la vie* (Armand Colin, 2008), *Hors de moi* (Allia, 2008), *L'homme sans fièvre* (Armand Colin, 2013), *La Maladie, catastrophe intime* (Puf, 2014) et a codirigé avec

Nathalie Zaccai-Reyners *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur* (Puf, 2012).

NICOLAS MARQUIS est sociologue, il enseigne à l'université de Saint-Louis à Bruxelles. Membre du CASPER (Centre d'anthropologie, sociologie, psychologie – études et recherches), il a codirigé avec J. Marquet et N. Hubert *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, 2013.

JEAN-CHRISTOPHE MINO est médecin chercheur. Il étudie les enjeux pratiques, éthiques et organisationnels des soins en particulier dans le champ des maladies graves et de la fin de la vie. Il est coauteur avec Emmanuel Fournier des *Mots des derniers soins* (Les Belles Lettres, 2008), a codirigé *La Philosophie du soin* (Puf, 2011) et publié *Soins intensifs. La technique et l'humain* (Puf, 2012).

THOMAS PÉRILLEUX, Docteur en sociologie, est professeur à l'Université catholique de Louvain et membre du Centre de recherches interdisciplinaires *Démocratie, Institutions, Subjectivité* (CRIDIS). Il a récemment dirigé avec J. Cultiaux, *Destins politiques de la souffrance* (Érès, 2009) ; et avec M. Cifali, *Les Métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques* (L'Harmattan, 2012).

FRÉDÉRIC WORMS est professeur à l'École normale supérieure et directeur du Centre international de la philosophie française contemporaine. Il est l'auteur de *Bergson ou les Deux Sens de la vie* (Puf, 2004), *Le Moment du soin* (Puf, 2010), *Revivre* (Flammarion, 2012), *Soin et Politique* (Puf, 2012). Il a également dirigé aux Puf l'édition critique des *Œuvres* de Bergson et codirigé *La Philosophie du soin* (Puf, 2010).

NATHALIE ZACCAÏ-REYNERS, docteur en sciences sociales, est chercheur au FNRS et professeur à l'Université libre de Bruxelles (Institut de sociologie, Groupe de recherche sur l'action publique). Elle a notamment dirigé *Questions de respect* (Éd. de l'Université de Bruxelles, 2008) et codirigé avec Claire Marin *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur* (Puf, 2012).

Pages de fin

DANS **À QUEL SOIN SE FIER ? CONVERSATIONS AVEC WINNICOTT 2015** , PAGES 129 À 132
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 2262-3507

ISBN 9782130631453

DOI 10.3917/puf.worms.2015.01.0129

Date de mise en ligne : 29/11/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453-page-129?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 Presses Universitaires de France.

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.

Table

Introduction – S’orienter avec Winnicott : médecine, soin, vie humaine, <i>par Claire Marin et Frédéric Worms</i>	5
Donald W. Winnicott, <i>Cure</i>	19
Autour de <i>Cure</i> , Conversations avec Winnicott :	
À quel soin se confier ? <i>par Frédéric Worms</i>	39
Quelqu’un sur qui compter <i>par Claire Marin</i>	49
Une cure de Winnicott <i>par Thomas Périlleux</i>	59
<i>Cure</i> et <i>care</i> , indissociablement <i>par Jean-Christophe Mino</i>	71
La fonction maternante du soin médical <i>par Frédérique Bisiaux</i>	81
Les valeurs du soin ou la relation médi- cale en contexte <i>par Nathalie Zaccàï-Reyners</i>	91
Prendre soin et médecine hospitalière <i>par Sylvie Fortin</i>	101

L'apprentissage du <i>care</i> chez les étudiants en soins infirmiers <i>par Nicolas Marquis</i>	111
Remerciements.....	123
Les auteurs	125

Dans la même collection

Frédéric Worms, *Soin et politique*, 2012

Jean-Christophe Mino, *Soins intensifs. La technique et l'humain*, 2012

Céline Lefève, *Devenir médecin*, 2012

Claire Marin et Nathalie Zaccà-Reyners, *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur*, 2013

Philippe Barrier, *Le Patient autonome*, 2014

Fabrice Gzil, *La Maladie du temps. Sur la maladie d'Alzheimer*, 2014

Claire Marin, *La maladie, catastrophe intime*, 2014

Cet ouvrage a été mis en pages
par Jouve
1, rue du Docteur-Sauvé – 53101 Mayenne
N° 2173027J – Dépôt légal : janvier 2015