

IMPROVISATION DE LA RENCONTRE
SUR LA SCENE DE L'URGENCE

Université de Marne-la-Vallée, en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP,
Master 2 de philosophie pratique, mention éthique médicale et hospitalière.

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Le Gouellec Anne

Septembre 2009

IMPROVISATION DE LA RENCONTRE
SUR LA SCENE DE L'URGENCE

Université de Marne-la-Vallée, en partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP,
Master 2 de philosophie pratique, mention éthique médicale et hospitalière.

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Le Gouellec Anne

« Ce n'est que dans les fables de La Fontaine que les renards rencontrent des corbeaux ou les chiens d'autres chiens. Dans le monde réel, ils se croisent, se reniflent, se battent, ou copulent. Il faut bien d'autres conditions que la simple simultanéité d'existence de deux êtres vivant au même endroit pour que ce croisement devienne relation. »¹

¹ Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004, p.121.

SOMMAIRE

Introduction	p. 7
Problématique	p. 13
Annonce du plan	p. 14
 Chapitre premier :	
<i>De la notion de rencontre, à la rencontre soignante et aux difficultés inhérentes à la scène de l'urgence</i>	
	p. 15
I. Une rencontre	p. 16
a. Un événement humain contingent	p. 16
b. Mise en scène d'une action dans la rencontre	p. 18
c. L'espérance d'un au-delà : la reconnaissance en tant qu'homme et la réciprocité	p. 19
d. Absence de rencontre et déshumanisation	p. 22

II.	Les modalités de la rencontre	p. 26
a.	Son cheminement: de l'échange de regards aux salutations	p. 26
b.	A propos de la délicatesse : politesse et bavardage	p. 28
c.	Un cheminement symbolique	p. 30
d.	Les circonstances de la rencontre	p. 31
III.	La rencontre soignante et les difficultés liées à la scène d'urgence : mise en place d'une aporie	p. 33
a.	Les particularités de la rencontre soignante	p. 33
b.	Les contraintes liées à l'urgence pré hospitalière	p. 36
c.	Mise en place de l'aporie et indispensable recherche à mener	p. 38

Deuxième chapitre :

<i>Les conditions de possibilité spatiales, temporelles et humaines de la rencontre dans l'urgence</i>	p. 40
--	-------

I.	Les conditions spatiales de la rencontre : le décor de la scène	p. 41
a.	Analyse comparative entre l'hôpital et l'extérieur	p. 41
b.	Analyse de l'espace privé	p. 43
c.	L'espace public et les conditions de possibilité <i>a minima</i>	p. 46

II.	Les conditions temporelles de la rencontre : le rapport au temps dans l'urgence	p. 49
a.	La pratique du temps pour les professionnels	p. 50
b.	L'éprouvé du temps pour la personne soignée	p. 51
c.	Le bon moment pour la rencontre	p. 53
III.	Les conditions humaines de la rencontre	p. 57
a.	Conditions de disponibilité pour le soignant	p. 57
b.	Conditions de disponibilité pour la personne soignée	p. 63
c.	De l'analyse de la pitié à l'éloge de la sollicitude	p. 69

Troisième chapitre :

	<i>L'analyse de la prévisibilité et l'éloge de l'improvisation</i>	p. 73
--	--	-------

I.	Analyse de la prévisibilité	p. 74
----	-----------------------------	-------

II.	Eloge de l'improvisation	p. 77
-----	--------------------------	-------

	Conclusion	p. 81
--	------------	-------

	Bibliographie	p. 83
--	---------------	-------

INTRODUCTION

Historiquement, la rencontre qui advient entre le soignant et la personne soignée a toujours été au centre du soin. Il faut dire que jusqu'à récemment l'art médical possédait un pouvoir de guérison limité et donc, cette rencontre ainsi que la relation qui s'établit par la suite étaient considérées elles-mêmes comme des fondements de la thérapeutique. Désormais, il faut compter avec les avancées indéniables de la science médicale, les prouesses techniques et les succès thérapeutiques qui lui sont liés. La médecine est en effet devenue triomphante durant le XXème siècle en faisant reculer et même disparaître un certain nombre de grands fléaux comme la peste par exemple. Cette médecine qui peut se targuer de toujours plus de connaissances en devient presque toute puissante et caresse le secret espoir de venir à bout de tous les maux. Nous arrivons à penser que toute pathologie considérée comme incurable à ce jour ne le sera bientôt plus, oubliant presque jusqu'à la finitude de l'existence humaine. Nous pourrions alors mettre à l'index la rencontre et la relation qui en découle, et la reléguer au second plan. Non plus indispensable, elle serait une valeur ajoutée, quasiment superflue face à la force thérapeutique de la médecine.

Or, la réalité est là pour nous rappeler que la vie de tout homme à un terme malgré les progrès les plus enthousiasmants de la science médicale. L'apparition du virus du SIDA au milieu des années 80 a malheureusement contribué à cette relativisation et cette prise de conscience par la mise en échec jusqu'à ce jour de toutes les tentatives pour l'endiguer. Ainsi, il faut en revenir à l'acceptation du fait que la médecine n'est pas une discipline scientifique comme les autres : elle s'est adressée, s'adresse et s'adressera toujours avant tout à un homme et nos professions soignantes, du prendre soin impliquent toujours un souci, une attention portée à l'autre en face de nous et non pas au seul cas clinique qui s'exprime à travers le dysfonctionnement de son corps. Il ne s'agit pas que

d'un problème scientifique à résoudre, mais d'une maladie atteignant toujours notre semblable. Nos soins doivent s'adresser avant tout à cette personne. La rencontre reste alors fondamentale pour comprendre et soigner la personne malade sous peine de négligence vis-à-vis de celle-ci.

Forts de ces constatations, nous pouvons en venir au cadre spécifique du soin dans l'urgence et même plus précisément de l'urgence préhospitalière. La rencontre dans ces situations de soin particulières mérite d'être explorée car elle rassemble un certain nombre de contraintes semblant exclure toute possibilité de réalisation de cette rencontre.

Afin de mieux comprendre ce qu'est l'urgence préhospitalière, revenons brièvement sur quelques éléments historiques et organisationnels pour signaler tout d'abord que la création de ces services ayant pour mission la prise en charge des urgences est très récente. Au milieu des années 60, certains médecins se concertent autour du décalage entre les soins prodigués une fois arrivés à l'hôpital et ceux mis en place avant et pendant le transport. Ils donnent alors l'impulsion nécessaire à la mise en place de la médicalisation des secours. Cela conduit, en 1965 à la création des services d'urgence et des services de réanimation dans les hôpitaux d'une part, et des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) hors de l'hôpital d'autre part. L'organisation actuelle comporte un centre de régulation, le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), chargé de coordonner les efforts médicaux entre les équipes préhospitalières (les différents SMUR) et les services d'urgence hospitaliers. Ce service reçoit les appels du public et sa mission est avant tout celle de l'écoute à toute heure, du conseil, de la prise de décision et le cas échéant d'envoyer le moyen de secours préhospitalier le plus adapté (ambulance privée, pompiers, Unité Mobile d'Hospitalisation médicalisée). Son rôle est donc d'évaluer le degré d'urgence potentiel, de décider de l'envoi des secours et de leur type. Ainsi, lorsque l'équipe médicale mobile est appelée pour se rendre auprès d'une personne, c'est que la situation décrite semble d'emblée devoir nécessiter le plus haut degré de prise en charge. L'urgence

absolue est alors admise et acceptée par tous *a priori* même si elle reste à évaluer une fois arrivé sur les lieux. L'équipe soignante est dans ce cas destinée à délivrer une aide médicale urgente lors d'un accident ou d'une défaillance présumée grave ou pouvant s'aggraver ou encore à effectuer des transports entre hôpitaux lorsque l'état du patient nécessite des soins ou une surveillance médicale et paramédicale.

Nous travaillons donc au paradigme de l'urgence, ce qui implique un rapport au temps très spécifique autant pour les soignants (réactivité, primauté donnée à l'action) que pour les personnes soignées et leur entourage (attentes). De plus, notre pratique se déroule loin du milieu hospitalier classique, hors des murs de l'hôpital et de ce fait le cadre est renouvelé à chaque intervention. Il en découle une réflexion nouvelle à mener autour de ce rapport à l'espace à apprivoiser. Enfin ces interventions en état de crise sont toujours très difficiles pour les protagonistes du fait de la confrontation à l'urgence vitale et à possibilité de la fin vie sans qu'il y ait de mise à distance possible par le biais de la technologie car notre pratique reste éminemment humaine, liée à la puissance de nos actes de soin. Nous pourrions dire que nous agissons en direct, c'est-à-dire que notre présence effective en ce lieu et en cet instant est convoquée.

Nous voyons alors ici se dégager tous les éléments au fondement de la scène théâtrale : son décor, sa temporalité et son rythme, ses protagonistes en interaction et son caractère éminemment vivant et actuel. Nous avons fait le choix de prendre cette métaphore du théâtre comme fil rouge de notre travail afin d'analyser ce qui se joue dans la rencontre entre les acteurs de l'urgence sur la scène pré hospitalière. Pour illustrer notre étude, nous nous proposons donc de détailler une scène particulière d'urgence pour essayer de mettre en scène de manière plus concrète le phénomène de la rencontre dans l'urgence pré hospitalière.

La scène se passe au sein du SMUR dans lequel nous intervenons. Nous sommes appelés pour nous rendre auprès d'un homme âgé de soixante-dix ans qui présente une détresse respiratoire aigue à son domicile. Cet appel déclenche le

plus rapidement possible la sortie d'une équipe mobile composée d'un médecin, d'un ambulancier et d'une infirmière dans un véhicule adapté pour accomplir des soins d'urgence et de réanimation. Lorsque nous arrivons, une équipe de pompiers est déjà sur place. Le monsieur est assis sur une chaise à côté de son lit. Malgré l'oxygène à forte dose administrée par eux, il semble peiner beaucoup pour respirer : il est agité, change sans arrêt de position de manière saccadée, respire très rapidement, son teint est gris... Il ne peut pas du tout parler du fait de son essoufflement extrême. Ce rapide coup d'œil à la situation nous invite à réagir très rapidement. Tout d'abord, nous nous 'précipitons' pour prendre un certain nombre de paramètres (fréquence respiratoire, saturation du sang en oxygène, pouls, tension artérielle...) afin d'évaluer plus finement et objectivement la gravité de l'état clinique de cet homme. Ces éléments viennent confirmer ce qui est observable : son état est à la fois critique et instable. L'appel passé au Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) est plus que légitime. En effet, si ce sont ses poumons qui sont défaillants, c'est désormais l'ensemble de son organisme qui souffre et se fatigue beaucoup de cette décompensation. Son pronostic vital semble mis en jeu à courte échéance et donc, à cet instant, la question de la réanimation invasive se pose. Si son état ne s'améliore pas rapidement, il nous faut envisager l'éventualité d'une intubation avec un relais de la respiration spontanée par un respirateur pour suppléer la sienne défaillante. L'objectif est alors, pour l'expliquer brièvement, de soulager l'organisme pour passer cette phase critique et de le stabiliser. Cela implique en outre d'endormir artificiellement cet homme avec (très schématiquement) deux types d'évolution possibles : une amélioration de celui-ci rendant possible le retrait de la machine, mais un risque aussi de ne plus pouvoir la lui retirer dans le cas où son organisme déjà affaibli ne pourrait jamais reprendre le relais.

Nous sommes ici dans l'analyse de la situation d'un point de vue médical, professionnel et scientifique soumis au temps de l'instant, de la prise de décision rapide dans le cadre de l'urgence. Nous sommes face à un cas et les questions qui se posent pour le médecin et pour l'ensemble de l'équipe sont celles du réanimer ou pas en fonction des bénéfices et des risques éventuels pour le patient de manière très normative. L'homme ayant fait appel à nous ne peut en

aucun cas s'élever contre l'option qui est choisie puisqu'il nous a sollicités. Il est d'emblée assujéti, soumis à la prise de décision médicale.

Pourtant, nous allons être obligés par ce dernier de prendre conscience de sa présence effective et de ses attentes à notre rencontre. En effet, sa fille est arrivée quelques minutes après nous. C'est elle que son père a appelé et qui a déclenché les secours. Elle semble avoir l'habitude de constater l'irruption des « forces médicales » au sein de l'appartement de son père. Semblant à l'aise, elle sort très rapidement tout le dossier médical de celui-ci et ne se formalise pas de le voir si entouré. Nous prenons alors connaissance de sa pathologie respiratoire chronique et évolutive à un stade avancé. Le décor prend alors toute son importance car ce lieu de vie est, lui aussi, très médicalisé : il y a autour du lit un certain nombre de matériels lourds lui permettant un traitement symptomatique afin qu'il puisse rester le plus longtemps possible à son domicile. Cette chambre est habitée mais aussi hantée par tout un arsenal médical.

Alors que l'acte suivant de cette pièce pourrait être, comme nous l'avons vu, la réaction rapide de l'équipe médicale face à cette situation critique par des gestes invasifs, l'homme en détresse respiratoire tourne son visage vers sa fille. Sa détresse n'est alors plus uniquement respiratoire mais elle devient désespoir alors qu'il exige que celle-ci se rende auprès de lui. Il lui fait comprendre de sortir un papier de son portefeuille : il s'agit d'une lettre datée et signée de sa main dans laquelle il s'oppose par écrit à toute réanimation invasive telle que nous pouvions l'envisager. Il semble connaître mieux que nous comment nous fonctionnons, ce qui ne manque pas de nous déstabiliser mais surtout, il nous oblige à rompre avec notre propre précipitation et à nous arrêter pour prendre conscience et accepter sa présence. Cette action de sa part crée une rupture dans le rythme de la scène. Le temps est comme suspendu dans cet instant où ce qui paraissait comme aller de soi est remis de manière brutale en question. Alors que la décision médicale se basait sur des faits cliniques, il nous fait prendre conscience de sa subjectivité et de ses attentes.

Lorsque nous essayons d'analyser cette scène, nous voyons que dans la première partie il n'y a pas eu rencontre d'un homme mais plutôt rencontre d'un cas de la part de l'équipe soignante. De multiples contraintes peuvent être

examinées pour essayer de comprendre ce qui conduit à cet échec de la rencontre. L'urgence de la situation tout d'abord mais aussi les éléments du décor de cette scène ou bien encore notre propre disponibilité à l'écoute de cet être en face de nous. C'est l'arrivée de sa fille qui le reconnaît comme homme, comme son père qui change la perspective de toute la pièce. Elle sert de lien et permet ici à l'équipe de le rencontrer à travers ce qu'elle nous fait connaître de lui au-delà de ce qui nous apparaît au premier regard d'une part et en permettant à son père d'exister dans cette scène en exprimant sa volonté. Elle rend à son père toute son humanité alors que nous l'avions occulté dans notre précipitation affairée. Cette rencontre avortée dans un premier temps nous pousse à nous interroger de manière plus générale sur les enjeux de la rencontre soignante dans l'urgence préhospitalière.

C'est à partir de ce cas clinique et gardant en mémoire cette analogie possible avec le théâtre que nous nous proposons de réfléchir sur la notion de rencontre, sur ses enjeux pour l'homme d'une manière générale. Puis nous cherchons aussi à dégager les problématiques plus spécifiques à la rencontre soignante et les contraintes auxquelles il nous faut faire face. Analysant les difficultés spatiales, temporelles et la disponibilité des acteurs dans l'urgence, notre objectif reste de réintroduire un engagement responsable dans cette rencontre sous peine de faire preuve de négligence envers l'autre en face de nous et de penser celle-ci comme un élément éminemment vivant non réductible à une quelconque standardisation.

PROBLEMATIQUE

Comment trouver un point de convergence temporo-spatial entre les protagonistes dans l'urgence pour restituer une valeur éthique à cette rencontre si particulière ?

ANNONCE DU PLAN

Nous nous emploierons dans un premier temps à détailler la notion de rencontre. Du mot de rencontre aux espérances qu'il porte et à la mise en œuvre de ses modalités, nous analyserons ce qu'est une rencontre pour un homme. Nous en viendrons ensuite à la rencontre soignante : de ses enjeux particuliers et à ce qui nous oblige dans cette relation de soin toujours asymétrique afin qu'elle acquière de l'amplitude, de la profondeur et qu'elle devienne éthique au sens de ré inclure cet autre dans la communauté des hommes et ce quel que soit son état. Enfin, nous ébaucherons des pistes pour penser les difficultés à sa mise en œuvre sur la scène de l'urgence.

Nous tenterons d'analyser dans un second temps quelles peuvent être les conditions qui rendent impossible la rencontre pour en arriver à mettre à jour les conditions de possibilité de cette rencontre dans un contexte d'urgence préhospitalière. Nous étudierons tour à tour les conditions de possibilité spatiales puis temporelles de cette scène de rencontre et nous mettrons en évidence ensuite les conditions de possibilité pour les acteurs en termes de disponibilité.

Enfin, à la lumière de nos développements, nous mettrons en avant une nécessaire adaptation au réel. Nous en viendrons donc à penser la prévisibilité dans la rencontre pour nous tourner enfin vers un éloge de l'improvisation comme rempart à la standardisation des pratiques.

CHAPITRE PREMIER :

De la notion de rencontre,

A la rencontre soignante,

Aux difficultés inhérentes à la scène de l'urgence

La vie de l'homme est ponctuée de ses diverses rencontres successives. Alors que rencontrer l'autre semble aller de soi, être un attribut élémentaire et comme une évidence pour la personne, nous voyons qu'il devient bien plus complexe de chercher à en comprendre la teneur, les enjeux. Si nous voulons expliquer une rencontre, celle-ci ne se laisse que difficilement saisir.

Pour appréhender cette question qui nous anime, nous allons pourtant tenter de décrire ce qu'est une rencontre pour un homme, l'action qui permet sa mise en œuvre et les espérances éventuelles qui se cachent derrière sa réalisation.

Ayant pris conscience de sa nécessité dans la vie de l'homme, nous aborderons ses modalités. Des salutations, à la politesse et au bavardage, nous verrons toute la délicatesse dont elle doit être emprunte pour pouvoir advenir ainsi que les circonstances diverses qui peuvent l'influencer.

Enfin, nous en arriverons à analyser les caractéristiques particulières de la rencontre soignante, ses enjeux particuliers et les difficultés inhérentes aux circonstances liées à l'urgence pré hospitalière.

I. Une rencontre

a. Un événement humain contingent

La rencontre est avant tout et toujours un événement humain contingent. Nous pourrions la décrire comme le fait, pour deux personnes, de se trouver en contact par hasard. Partant de cette constatation, nous pouvons déjà essayer de comprendre quels vont être les éléments nécessaires pour qu'une rencontre puisse avoir lieu. Pour qu'il y ait rencontre *a priori*, il faut qu'il y ait au moins deux hommes, qu'il y ait face à face et que le tout ait lieu de manière fortuite, contingente.

Si nous détaillons un peu plus cette première définition, nous voyons que l'élément central de cette rencontre, ce sont les protagonistes, deux personnes. Elle engage donc deux hommes. Nous pouvons souligner aussi que, pour qu'il y ait rencontre, il faut qu'il y ait contact, c'est-à-dire convergence en un temps et en un lieu précis. La rencontre nécessite donc une simultanéité d'existence dans un espace et un temps défini. Il faut qu'il y ait présence de l'un et de l'autre dans la rencontre.

Enfin, la rencontre est contingente : elle aurait pu ne pas être et en ce sens elle est toujours inattendue. La rencontre est donc un événement imprévu et même si par extension un certain nombre de rencontres sont programmées, concertées, ce qui se passe dans la rencontre reste imprévisible et nous ne pouvons pas présumer de ce qui peut ou non en découler par la suite. C'est en ce sens qu'il s'agit d'un événement au sens où Michel Geoffroy l'évoque lorsqu'il souligne que « l'événement est dans le langage courant, un fait que l'on considère hors de la banalité du quotidien, hors de la succession des instants, qui peut parfois être considéré comme exceptionnel »². Le fait de rencontrer l'autre n'est alors jamais

² Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004, p.129.

banal : cela semble susciter quelque chose chez les protagonistes à chaque fois. Nous allons donc essayer de trouver ce qui en fait un événement si particulier.

Notre vie d'hommes est semée d'une multitude de rencontres. Il en existe de nombreux types différents par le contexte dans lequel elles prennent place. Il en existe de bonnes ou de mauvaises mais ces adjectifs ne peuvent survenir qu'après coup : la rencontre précède son appréciation. Il semble que notre vie ne puisse pas être pensée sans ces rencontres. Il nous faut alors tenter de nous positionner en tant que témoin, spectateur de ce phénomène de la rencontre afin d'essayer de comprendre ce qui se joue sur cette scène particulière.

Nous allons donc pour ce faire nous aider de la métaphore théâtrale et devenir spectateur de cette mise en scène : celle d'une rencontre jouée par des acteurs qui prend place en un temps, mais aussi un lieu, un décor donnés. L'action qui anime le jeu de scène est celle de se rencontrer. Nous allons alors chercher à comprendre au-delà du temps et du lieu de cette rencontre ce que signifie le fait de se rencontrer pour les protagonistes.

b. Mise en scène d'une action dans la rencontre nécessitant la disponibilité des deux protagonistes et pas seulement leur présence

Le phénomène de la rencontre implique une action de l'homme qui s'y engage. Si nous reprenons la racine étymologique du mot, la rencontre vient du latin *encontra* voulant dire « au devant de », « vers ». Il s'agit donc dans la rencontre de se mettre en mouvement, d'aller à l'encontre de l'autre. Même lorsque les circonstances de la rencontre sont fortuites, l'action de rencontrer, elle, reste attachée à la volonté de l'homme qui se dirige vers son semblable.

Ainsi, il ne suffit pas de la convergence en un même lieu au même instant pour que quelque chose de l'ordre de la rencontre se produise. Il suffit de prendre l'exemple du métro à l'heure de pointe : que d'humains croisés, serrés les uns aux autres, bousculés, effleurés et pourtant aucun n'est réellement rencontré. De la même manière, Michel Geoffroy le souligne dans *La patience et l'inquiétude* : « Il faut bien d'autres conditions que la simple simultanéité d'existence de deux êtres vivants au même endroit pour que ce croisement devienne relation »³. En effet, le simple fait d'être au même endroit au même moment ne présume de rien et avant toute autre condition, « la seule chose qui importe, la parfaite acceptation de la présence »⁴ de l'autre. Il faut donc non seulement un croisement mais aussi une acceptation réciproque de la présence de l'autre. A partir de cette acceptation, une mise en mouvement par laquelle la volonté d'aller vers l'autre peut s'exprimer et rendre la rencontre possible. Elle implique donc, parmi les conditions nécessaires, une certaine disponibilité pour prendre effet de la présence de l'autre et par la suite le rencontrer.

Dès à présent et poursuivant cette analyse de la notion de rencontre nous pouvons nous interroger sur cette acceptation de la présence de l'autre et sur cette volonté d'aller vers l'autre. Nous allons voir que cette volonté est sous tendue par une espérance.

³ *Idem*, p.121.

⁴ Martin Buber, *Je et Tu*, Paris, Aubier, bibliothèque philosophique, 1992, p.117.

c. L'espérance d'un au-delà :
la reconnaissance en tant qu'homme et la réciprocité

Il devient légitime de se demander quelles peuvent être les motivations qui poussent l'homme à vouloir aller à l'encontre de l'autre. L'étymologie nous aide une fois encore à réfléchir dans cette direction car, si le mot « rencontre » vient du latin *encontra* comme nous venons de le voir, il inclut en outre le préfixe *re* signifiant « encore ». Il y a donc dans ce terme de rencontre deux aspects : à la fois une mise en mouvement volontaire en direction de l'autre (qu'elle soit consciente ou non), et une réitération de cette action volontaire. Cette altérité rencontrée est alors aussi une forme d' 'encore' et la vie de l'homme est marquée par la répétition incessante de rencontres successives. Nous sommes dès lors en droit de nous demander à quoi peut servir d'aller de nouveau à l'encontre de l'autre. Pour accepter ce renouvellement, il faut avoir matière à espérance, avoir des raisons d'attendre quelque heureuse surprise.

Pour tenter de percer le secret de cette volonté d'aller vers son prochain, nous pouvons nous appuyer sur l'étude de Martin Buber dans son ouvrage *Je et Tu* qui propose une philosophie de la rencontre. Il développe une idée qui va servir de fondement à notre étude, à savoir que la rencontre serait l'événement humain qui nous créerait en tant qu'homme. Cet événement est hors du commun, de l'habitude par le fait que pour lui nous ne prenons conscience de notre existence d'homme qu'au travers de nos rencontres répétées avec nos semblables. Avant toute rencontre, nous n'appartenons qu'au monde des choses et, avec la rencontre, nous accédons au statut d'homme. Gaston Bachelard, en préface de ce texte explique que « La rencontre nous crée : nous n'étions rien - ou rien que des choses – avant d'être réunis »⁵ et, il ajoute : « mais qu'un tu murmure à notre oreille, et c'est la saccade qui lance les personnes : le moi s'éveille par la grâce du toi »⁶. Nous n'acquérons notre identité d'homme qu'à travers l'autre en face de nous, à travers la manière dont nous le rencontrons.

⁵ Gaston Bachelard, préfaçant Martin Buber, *Je et Tu*, p. 9.

⁶ *Idem*, p. 8.

En outre, cette reconnaissance est une reconnaissance en tant que personne, personnage. L'étymologie nous aide ici à penser que dans cette rencontre, chacun a déjà son rôle à jouer. En effet, nous sommes en présence d'une personne, du latin *persona* signifiant masque, masque de scène qui permet au public de reconnaître l'acteur dans son rôle. Ainsi la rencontre nous permet de reconnaître l'autre en face de nous dans son rôle : rôle d'homme ou de femme, de malade ou de bien portant, de frère ou d'ami, de personnage triste ou plutôt gai... Mais aussi reconnaissance par le masque et par le costume en général, la tenue en guise de garagiste, de danseuse, de soignant... Nous ne sommes pas qu'un homme, qu'un semblable mais déjà nous sommes plus que cela, nous avons un rôle à tenir qui s'impose lors de cette reconnaissance en tant que personne dans la rencontre.

Or, l'autre élément fondamental de cette rencontre, c'est sa réciprocité. Ainsi, « Le Tu se présente à moi. Mais c'est moi qui entre en relation directement avec lui. Ainsi la relation comporte d'être élu et d'élire, elle est opérée et subie à la fois »⁷. L'action de rencontrer, dans sa réciprocité est donc subie au moins autant qu'elle est agie. Et, de ce fait, la reconnaissance, elle-aussi est réciproque : parce que qu'il nous voit, nous reconnait en tant qu'homme, nous sommes des hommes et réciproquement le regard que nous lui portons, la façon dont nous entrons en contact avec lui comme avec un homme le crée en tant qu'homme. Cet aspect nous semble fondamental car il introduit la notion d'altérité dans la rencontre car chacun a besoin de l'autre pour parvenir à prendre conscience de son identité d'homme. Nos rôles de personnes peuvent dès lors se mettre en interactions : frère et sœur, soignant et soigné... Nous accédons donc l'un et l'autre par la rencontre à la communauté des vivants et non plus au monde des choses et nous sommes dès lors embarqués dans une histoire nouvelle à chaque fois. C'est donc le concept de reconnaissance qui se joue dans la rencontre mais aussi celui de réciprocité dans le même temps. L'importance de ces rencontres dans la vie nous apparait alors : elles conditionnent nos identités d'homme, elles sont la condition nécessaire à sa prise de conscience de notre humanité.

⁷ Paul Ricœur, revue *Esprit*, n°160, mars-avril 1990, p. 115.

Ici nous parlons de la reconnaissance réciproque en tant qu'homme qui permet de donner toute sa profondeur et son amplitude à la rencontre qui nous paraissait si simple et anodine dans un premier temps. Cette découverte nous permet par là même de justifier l'intérêt que nous portons à cette question dans nos actions de soin.

Mais nous pouvons ici aussi faire un parallèle avec le monde du théâtre et plus particulièrement avec un genre qui a pour origine la Grèce antique : la tragédie grecque. Dans ces manifestations théâtrales, la reconnaissance est mise en scène et interprétée avec emphase par les acteurs. Il s'agit alors de la reconnaissance comme jeu de scène qui constitue un tournant essentiel dans le rythme de la pièce. Cette reconnaissance est un des éléments avec la péripétie et l'événement pathétique qui forment les principaux ressorts de la tragédie grecque pour Aristote dans *La poétique*. Pour en prendre un exemple, Sophocle dans *l'Œdipe roi* met en scène la reconnaissance par Œdipe de sa mère et nous voyons quel tour tragique l'histoire prend suite à cette reconnaissance. Il s'agit alors d'une révélation qui survient comme par hasard et fait passer de l'état d'ignorance à la connaissance et provoque dans le rythme de la pièce un coup de théâtre qui bouleverse tout l'enchaînement prévisible de ce qui suit. De la même manière dans *l'Odyssée*, lorsqu'Ulysse rentre, il va être reconnu par sa nourrice au moyen de sa cicatrice, ce qui précipite la suite de l'histoire. La tragédie grecque, par la mise en scène paroxystique de ces reconnaissances nous permet de mieux saisir la portée d'une telle reconnaissance réciproque dans la rencontre chez l'homme.

Nous prenons donc la mesure de l'enjeu fondamental de la rencontre dans la vie d'un homme et pour compléter cette recherche nous pouvons nous pencher sur son contraire, à savoir, rechercher ce que pourrait être la vie d'un homme sans rencontre.

d. Absence de rencontre et déshumanisation

Mais alors, que serions-nous sans rencontre ? Pour répondre à cette question il nous faut examiner des exemples de vie sans rencontre mais nous voyons rapidement que ce n'est pas chose aisée.

Il y aurait un mythe, celui de l'enfant sauvage, pour essayer de comprendre ce que pourrait être notre vie sans l'autre c'est-à-dire sans la connaissance de l'existence de notre semblable. En effet, il faut ici faire une première différence fondamentale entre l'absence de rencontre due à l'absence du semblable, de l'autre homme à rencontrer et, la non rencontre dans un monde humanisé, habité par d'autres hommes. Le mythe de l'enfant loup par exemple pourrait convenir à explorer l'absence de rencontre par l'absence de l'autre homme en face de soi. L'exemple le plus connu issu de ce mythe serait celui de Romulus et Remus, deux frères abandonnés à la naissance et élevés sans contact humain par une louve, connus pour être les fondateurs de Rome. Pour prendre un exemple de la littérature, le personnage de Mowgli dans *Le livre de la jungle* de Rudyard Kipling, élevé lui aussi en pleine jungle, sans contact avec l'homme. Ces héros mythiques ou imaginaires seraient doués de l'intelligence humaine et d'un formidable instinct de survie dans ces milieux réputés comme hostiles à l'homme. Mais ce ne sont ici que des histoires issues de nos imaginations d'homme. Pour l'homme réel auquel nous nous intéressons, les interactions avec ses semblables sont fondatrices de son identité. Gaston Bachelard, lui, estime que rien n'a de consistance sans l'existence de l'autre dans nos vies. Il écrit : « Que m'importent les fleurs et les arbres, et le feu et la pierre, si je suis sans amour et sans foyer ! Il faut être deux – ou, du moins, avoir été deux – pour comprendre un ciel bleu, pour nommer une aurore ! Les choses infinies comme le ciel, la forêt et la lumière ne trouvent leur nom que dans un cœur aimant. Et le souffle des plaines, dans sa douceur et dans sa palpitation, est d'abord l'écho d'un soupir attendri. Ainsi l'âme humaine, riche d'un amour élu, anime les grandes choses avant les petites. Elle tutoie l'univers dès qu'elle a senti l'ivresse humaine du *tu* »⁸. C'est donc bien la connaissance de l'existence du *tu* qui crée notre univers. Il faut être, ou avoir été,

⁸ Gaston Bachelard, préfaçant Marin Buber, *Je et Tu*, p. 11.

deux pour que le monde qui nous entoure ait une consistance. Il faut qu'il y ait (ou au moins qu'il y ait eu) un partage, un échange autour de l'univers qui nous entoure pour lui faire prendre vie dans nos consciences.

Mais alors, que deviendrait notre univers si nous perdions l'autre que nous avons connu au préalable ? De la même manière qu'à la question précédente, c'est à la littérature que nous pouvons faire appel pour nous donner des pistes de réponse. Michel Tournier dans *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, met en scène cette solitude extrême en explorant ce que peut être la vie de Robinson vivant seul sur son île. Il nous apporte une analyse précieuse de cette solitude qui, nous allons le voir, déshumanise. Tout d'abord, lorsqu'il prend conscience qu'il est seul, Robinson est « plus grave – c'est-à-dire plus lourd, plus triste – d'avoir pleinement reconnu et mesuré cette solitude qui allait être son destin pour longtemps peut-être »⁹. Le poids de la solitude pèse sur lui puis elle le ronge, le déshumanise. Robinson nous dit que « C'est un milieu corrosif qui agit sur moi lentement, mais sans relâche et dans un sens purement destructif »¹⁰ et il va même jusqu'à mettre en mots sa perte d'humanité lorsqu'il écrit plus loin : « dès lors, je suis avec une horrible fascination le processus de *déshumanisation* dont je sens en moi l'inexorable travail »¹¹. Cette déshumanisation prend forme avec cette solitude qui le prive de la sève constituée par les interactions avec ses semblables, aboutissant à un étiolement, un dépérissement de son état d'homme.

Par opposition à cette solitude qui détruit jusqu'à l'existence même des choses, l'autre permet leur existence : ce qui fait dire à Robinson qu'« autrui pièce maîtresse de mon univers...Je mesure chaque jour ce que je lui devais en enregistrant de nouvelles fissures dans mon édifice personnel »¹². Il semble alors que le personnage de Robinson se désagrège comme une simple chose sans la présence d'autrui. Il y a une déchéance qui va de pair avec la solitude extrême dans laquelle il se trouve. Nous prenons conscience, à la lueur de ce récit, de l'indispensable présence d'autrui dans nos vies. Ces autres nous humanisent (ou nous permettent de ne pas nous déshumaniser), ils « sont comme autant de phares

⁹ Michel Tournier, *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, Gallimard, Folio, Paris, 1981, p. 19.

¹⁰ *Idem*, p. 52.

¹¹ *Ibidem*, p. 53.

¹² *Ibidem*, p. 53.

créant autour d'eux un îlot lumineux à l'intérieur duquel tout est – sinon connu – du moins connaissable »¹³. Alors que la solitude n'attaque pas que l'intelligibilité des choses mais qu'elle mine jusqu'au fondement de leur existence, l'autre permet que ce qui m'entoure existe. L'autre est vu comme une lumière qui permet d'éclairer notre monde, de le rendre visible.

Cette métaphore lumineuse est ensuite reprise par l'auteur qui souligne qu'autrui par « la seule possibilité de sa survenue jette une vague lueur sur l'univers d'objets situés en marge de notre attention, mais capable à tout instant d'en devenir le centre »¹⁴. Robinson, sans cette lueur (lueur lumineuse et lueur d'espoir) qu'est l'existence de l'autre homme, ne vit que dans un monde d'objets sans intérêt. La réflexion va plus loin car elle suggère qu'au-delà de la présence réelle, effective, c'est la possibilité de survenue de l'autre qui est fondamentale. L'existence de l'autre nous inscrit d'emblée dans une perspective d'humanité.

Alors qu'il pourrait être idéalisé de ne pas être soumis sans cesse au regard de l'autre, l'analyse de cette situation de solitude extrême nous rappelle la nécessité de l'autre dans nos vies ou plus justement la nécessité de la connaissance de l'existence de l'autre dans celles-ci (car même si nous ne sommes pas à chaque instant en présence de l'autre, nous savons qu'il existe). Il nous faut donc savoir qu'il existe, qu'il est susceptible de paraître devant nous, que nous pouvons donc espérer une reconnaissance mutuelle et réciproque entre je et tu. Cette rencontre est incontournable pour nous car elle nous fait entrer dans la communauté des vivants comme nous l'avons souligné.

Pour aller plus loin, nous pouvons même dire à l'instar de Robinson que l'autre convoqué dans la rencontre est multiple : « C'est notre frère, notre voisin, notre ami ou notre ennemi, mais quelqu'un, grands dieux, quelqu'un ! »¹⁵. La vie humaine ne semble dès lors possible que par la présence d'un semblable et peu importe à la rigueur que la rencontre soit une bonne ou une mauvaise rencontre pourvu quelle soit !(dans un premier temps du moins). Il devient alors impératif que ces rencontres soient rendues possibles et quelles aient lieu.

¹³ *Ibidem*, p. 53.

¹⁴ *Ibidem*, p. 36.

¹⁵ *Ibidem*, p. 55.

Paul Ricœur, lui, nomme ce besoin indispensable de rencontre « le primat de l'appel venu de l'autre sur la reconnaissance de soi par soi »¹⁶. L'homme ne peut se sentir homme s'il est seul. Il a besoin de l'autre pour se reconnaître lui-même et reconnaître l'univers qui l'entoure. C'est dans le lien entre je et tu, dans la réciprocité, dans l'échange, dans le regard de l'autre que l'être humain découvre son humanité. De ce fait, il semble important de nous pencher sur la rencontre pour en voir les modalités d'une manière générale dans nos sociétés et les particularités de la rencontre soignante pour aborder les conditions de possibilité de la rencontre dans l'urgence.

La rencontre dépasse donc le statut d'une action répétée pour elle seule. Cet événement humain porte en lui la mise en acte d'une humanisation symbolique indispensable. C'est notre reconnaissance en tant qu'homme qui se joue sur la scène de chaque rencontre à travers la réciprocité des échanges avec notre prochain, ce qui nous impose d'avoir une attitude éthique à l'encontre de cet autre en face de nous sous peine de nous négliger nous-mêmes. Gaston Bachelard nous transmet que « je suis une personne si je me lie à une personne. En me détachant de mon frère, je m'anéantis »¹⁷, soulignant la portée destructrice inhérente à la négligence dans la rencontre. Dans cette perspective, il nous incombe de réfléchir autour de ses modalités de cet événement incontournable pour l'homme car même lorsque la rencontre se produit de manière impromptue, elle n'en est pas moins codifiée comme nous allons le voir.

¹⁶ Paul Ricœur, revue *Esprit*, n°160, mars-avril 1990, Paris, p. 117.

¹⁷ Gaston Bachelard, préfaçant Martin Buber, *Je et Tu*, Aubier, bibliothèque philosophique, 1969, p. 10.

II. Les modalités de la rencontre

La rencontre se déroule en suivant un certain rythme et répond à un certain nombre de codes bien définis, liés notamment à l'environnement social et culturel dans lequel les personnes évoluent.

Pour dégager quelques lignes générales concernant les modalités de la rencontre, nous allons essayer de mettre à jour le cheminement d'une rencontre pas à pas, les salutations qui s'imposent. Puis nous mettrons en lumière deux éléments essentiels de la rencontre : la politesse et le bavardage comme preuve de la délicatesse et du tact indispensable à la rencontre. Enfin, nous en arriverons aux variations éventuelles à prendre en compte en fonction du contexte, de l'humeur des protagonistes.

a. Son cheminement : de l'échange de regards aux salutations

La rencontre pour un homme ne se fait pas au hasard même si elle survient de manière fortuite. Elle suit un certain rythme que nous allons tenter de mettre à jour pas à pas.

Ce cheminement s'inscrit de manière pragmatique, concrète dans un temps et dans un lieu précis et la réalisation pratique d'une rencontre semble débiter le plus souvent par un regard. Nous regardons l'autre et réciproquement. Il s'agit ici à la fois du premier élément de notre présence à l'autre et, dans le même temps, du premier échange qui inaugure la rencontre. Nous verrons que ce regard est très important: il est l'élément fondateur qui nous oblige dans notre face

à face à l'autre. Par ce regard, c'est déjà la reconnaissance qui se joue et le jeu des deux personnages, la mise en présence de leurs deux masques instaure déjà un cadre pour cette rencontre.

L'instant suivant, la rencontre se précise car nous avons un mouvement d'approche sur ce chemin : nous allons vers l'autre, à son encontre. Arrivés à une distance plus réduite, ce sont les mots et/ou les gestes qui poursuivent cet élan dynamique pour entrer en relation. Aux premiers regards échangés s'ajoutent les salutations.

Les salutations suivent un certain nombre de codes. La manière dont nous les mettons en œuvre nous est transmise pour une bonne part par notre éducation. Elles vont donc dépendre de l'endroit où nous avons grandi, de notre culture. En France, nous nous satisfaisons ordinairement d'un léger salut de la tête, parfois d'un sourire, d'une poignée de main, d'une bise à un proche, de quelques mots d'invite : « Bonjour, ça va ? » sans trop attendre de réponse parce qu'il est communément admis de répondre : « Oui, et vous ? ». Nous allons voir que même lorsqu'il s'agit de banalités échangées comme dans ce cas, ces quelques mots ont quand même une valeur importante dans les premiers instants de la rencontre.

Mais, comme nous l'avons souligné, ces codes ne sont pas identiques partout. Ils sont éminemment culturels et en Afrique par exemple, il est communément admis de s'arrêter plus longuement pour s'enquérir de l'état de santé de chacun des membres de la famille, du travail, de tous les aspects de la vie de l'autre. Cela rend le rituel des premiers instants de la rencontre plus spectaculaire car bien plus long (pour les non initiés), mais nous pensons qu'il a la même valeur d'entrée en relation.

Après cette phase incontournable de salutations, une discussion peut se mettre en place : elle devient alors plus orientée dans le contexte, plus adaptée à la singularité de cette rencontre-ci, plus personnelle, moins légère aussi.

Pourtant, si banals qu'ils soient, ces premiers instants de la rencontre sont incontournables car ils présagent de la manière dont va se passer l'ensemble de la relation éventuelle qui suit. Il faut que ce qui se déroule dans les premiers instants de la rencontre soit acceptable pour l'un comme pour l'autre. Subtile mélange de

regards, de paroles et d'actions, ces premiers instants de la rencontre constituent les prémices de ce qui peut ou non se mettre en place par la suite.

Dans l'objectif de prendre soin de la rencontre dont nous avons mis en lumière les aspects fondamentaux pour l'homme, il faut un certain tact pour atteindre l'autre et le respecter dans le même temps. Cela requiert une certaine appréciation intuitive et délicate de ce qu'il convient de dire, de faire ou d'éviter dans les relations humaines pour favoriser cet échange. Nous allons voir que la rencontre est, pour ce faire, emprunte de politesse et autres médiations permettant de faire preuve de délicatesse dans l'entrée en relation.

b. A propos de la délicatesse : politesse et bavardage

Pour que ces premiers instants de la rencontre se déroulent bien, qu'ils soient acceptables par l'un comme par l'autre, nous allons voir qu'ils sont le plus souvent marqués par l'usage de formules de politesse, suivies par un bavardage à propos de sujets que nous pouvons qualifier de légers, anodins, propres à inviter à poursuivre la relation. Il ne s'agit pas dans ces premiers instants d'aborder des sujets graves ou polémiques sous peine de couper court à la rencontre.

Par exemple, quels que soient les codes admis dans notre culture, il serait grossier de ne pas se plier aux règles d'usage concernant l'entrée en relation avec l'autre. Nous avons employé le terme 'grossier' à dessein car il s'agit bien là de formules de politesse qu'il s'agit de respecter dans les premiers instants. Du latin *polire*, polir, lisser, la politesse vient ici tenir un rôle de lissage des aspérités. Elle permet de débiter les échanges sur quelques mots acceptés par tous et de faciliter l'entrée en relation. Issue de la culture, elle nous est enseignée par nos parents dès le plus jeune âge. Enfant, ne pas dire bonjour nous exposait d'ailleurs à des remontrances jusqu'à ce que la faute soit réparée. A la suite de cet apprentissage,

l'utilisation de ces codes nous devient naturelle et nous la reproduisons ensuite lors de toutes nos rencontres sans plus avoir conscience de la valeur importante de ces codes dans la rencontre. Pourtant, cette politesse qui passe par le fait d'adresser un regard à l'autre, de dire « bonjour », de serrer la main, de se présenter et de répondre poliment à l'autre en face de vous : « enchanté de vous rencontrer » constitue la première marque d'une attention portée à l'autre en face de soi, de lui manifester concrètement notre présence et notre disponibilité dans la rencontre.

Cette politesse des premiers instants peut alors donner suite, le plus souvent, à un bavardage à propos de sujets d'une grande banalité qui ne prêtent pas à conséquence. Il ne s'agit pas d'emblée d'aborder des sujets difficiles, essentiels ou polémiques. Ces banalités échangées lorsque nous devons parler de la pluie et du beau temps, ces 'petits riens sans importance' qui font l'unanimité sont paradoxalement très importants. Ils créés un lien, si ténu soit-il, au commencement de la relation. Parce que la rencontre est toujours rencontre de deux singularités, chacun cherche chez l'autre un point d'accroche point trop polémique dans les deux histoires de vie qui entrent en contact de part et d'autre. Heidegger parle alors d'un bavardage qui passe par une manière de se servir du langage qui, bien loin d'aller à l'essentiel, l'occulte. Ce bavardage s'oppose donc à la parole qui mènerait à l'essentiel mais il peut être positif dans le sens où, faisant partie de la quotidienneté de l'homme, il peut être une entrée en matière, une préparation à la parole. Il est une manière de faire preuve de tact vis-à-vis de la personne rencontrée, de ne pas être trop intrusif trop vite. Cette délicatesse essentielle est un préalable pour pouvoir envisager d'aller plus loin ensuite.

**c. Un cheminement symbolique :
la rencontre comme événement sur le chemin de vie**

Alors que nous venons de mettre à jour le déroulement pratique de la rencontre, nous pouvons nous pencher sur le cheminement plus symbolique que semble parcourir l'homme dans celle-ci. Martin Buber l'évoque quand il écrit que « lorsque, suivant un chemin, nous rencontrons un autre homme qui venait à notre rencontre, suivant aussi son chemin, nous ne connaissons que notre partie du chemin, non la sienne ; nous ne connaissons sa partie que dans la rencontre »¹⁸. Cette image symbolique du chemin permet de comprendre la rencontre comme un événement sur le chemin continue de la vie et elle permet en outre de réinscrire l'histoire de cette rencontre dans une histoire de vie continue et avant tout singulière. Si avant la rencontre nous ne détenons que la moitié de cette histoire, celle de notre propre vie, la rencontre permet par le croisement de deux routes, d'avoir accès au chemin de vie de l'autre, d'appréhender son histoire. En ce sens, la rencontre est un événement, elle sort de la banalité de la succession des instants comme nous l'avons souligné car elle nous permet un enrichissement rare, inédit. Cet enrichissement se fait, chemin faisant, pas à pas, en appréhendant l'histoire de vie de l'autre qui est alors accessible.

Alors que, par ce face à face, nous nous confrontons d'emblée à 'l'inquiétante étrangeté' de l'autre comme la nomme Freud (qui fait que l'autre nous reste toujours étranger et ne se laisse jamais saisir dans son intégralité), qu'il y a toujours un entre-deux entre deux personnes qui ne se laisse pas combler, la rencontre comme événement symbolique semble être le seul moyen d'accéder à ce que l'autre nous montre de lui, exprime de lui. Elle est symboliquement la porte qui permet d'accéder au monde de l'autre, à son chemin de vie.

Il est important de comprendre cette rencontre comme un croisement de chemins (le sien et le notre) pour comprendre que ce qui s'est passé avant la rencontre par exemple reste toujours plus ou moins inconnu mais que cela va avoir des répercussions sur nos rencontres de manière consciente ou non d'ailleurs. Il nous faut alors explorer les circonstances de la rencontre.

¹⁸ Martin Buber, *Je et Tu*, Paris, Aubier, bibliothèque philosophique, 1992, p. 114, 115.

d. Les circonstances de la rencontre

Ainsi, une rencontre va toujours être influencée par les circonstances qui l'entourent. Nous devons être particulièrement attentifs au contexte de la rencontre. Il s'agit d'en déterminer les éléments essentiels qui sont de quatre types si nous reprenons la métaphore théâtrale :

Il s'agit d'une part des éléments du décor. La rencontre se déroule toujours en un lieu particulier. Or il existe des lieux plus ou moins propices à la rencontre.

En outre, la rencontre prend place dans un temps particulier. Or certains éléments temporeux peuvent favoriser ou compliquer la rencontre. Cette rencontre peut être planifiée, elle peut survenir dans un emploi du temps très chargé... Celle-ci est inscrite dans le chemin continu de vie de chacun des acteurs et ce qui s'est déjà passé dans les scènes précédentes pour chacun des personnages influence ce qui peut ou non advenir dans la rencontre.

Cela nous amène à réfléchir sur le troisième grand axe de cette scène : les protagonistes, qui sont très importants dans la rencontre. Ce croisement, si nous voulons qu'il devienne rencontre, nécessite une présence à l'autre comme nous l'avons vu et celle-ci passe par un ajustement de l'un à l'autre des acteurs. Nous ne rencontrons pas de la même manière un ami de notre âge, un aïeul, un collègue, un adversaire... Les protagonistes de cette rencontre peuvent se connaître ou au contraire se rencontrer pour la première fois et les modes d'entrée en relation doivent s'adapter une fois encore. De plus, c'est leur disponibilité dans la rencontre qui est alors essentiel. Or, pour diverses raisons, l'un ou l'autre des acteurs de cette rencontre peut être indisponible. Par exemple, l'un d'entre eux peut être préoccupé par ce qu'il vient de vivre l'instant précédent.

Enfin, les motivations de l'action peuvent être diverses. En effet, s'il peut s'agir d'une rencontre fortuite, nous notons que la plupart du temps les rencontres humaines sont motivées par un objectif. En fonction du but qui la motive, cette rencontre particulière fait naître d'autres enjeux qui viennent se surajouter à ce besoin essentiel de reconnaissance chez l'homme. Elle peut être motivée par l'amour, l'amitié, le travail, le sport, la diplomatie... En fonction, elle engendre

des enjeux de coopération, de compétition, de conflit...Chacun des domaines particuliers dans lesquels peut prendre place la rencontre implique des enjeux complémentaires à la reconnaissance et à la réciprocité fondamentales que nous avons évoqués. Nous ne saurions négliger ces enjeux supplémentaires sous peine d'ignorer une partie de ce qui est mis en scène lors de celle-ci.

Cet ensemble de circonstances dans lesquelles s'insère la rencontre peut être soit favorisant dans les échanges réciproques soit déstabilisant et mettre en péril la possibilité de la rencontre. Or, comme nous l'avons vu, la rencontre est, pour l'homme, essentielle dans le sens où elle l'humanise et réciproquement elle humanise son semblable en face de lui. Ce besoin ontologique doit donc nous imposer une certaine vigilance quant aux conditions de possibilité de ces rencontres et il désormais temps pour nous de tenter de cerner les particularités de la rencontre soignante afin de fonder notre engagement responsable en tant que soignant. Nous verrons aussi quelles vont être les circonstances particulières auxquelles nous allons être confrontés dans le contexte de l'urgence préhospitalière.

III. La rencontre soignante et les difficultés inhérentes au contexte de l'urgence menant à une aporie

a. Les particularités de la rencontre soignante

La rencontre soignante reste avant tout une rencontre. Elle est donc cet événement humain contingent qui nécessite une présence et une disponibilité qui permettent d'aller vers l'autre, sous tendue par l'espérance d'une reconnaissance en tant qu'homme. Mais, elle est plus que cela de par ses caractéristiques particulières. Elle met en scène un soignant et un soigné dans un objectif très précis qui est celui du soin. Cet objectif rajoute d'autres enjeux à cette rencontre car il s'agit ici, non seulement de créer les conditions de possibilité pour que la rencontre en termes de reconnaissance réciproque puisse advenir, mais aussi pour que chacun soit reconnu dans son rôle afin que le soin puisse être dispensé dans les meilleures conditions possibles. Nous pouvons dire que, pour ce faire, il faut qu'il y ait confiance mutuelle passant par une proposition de soin et l'adhésion du patient à ce qui lui est proposé pour le dire succinctement.

Nous voyons dans un premier temps qu'il existe un enjeu supplémentaire en termes de reconnaissance. Il s'agit de la reconnaissance non seulement de chacun en tant qu'homme mais aussi de chacun dans son rôle.

Pour nous soignant, nous ne sommes soignant qu'en puissance avant la rencontre (même si nous en avons déjà le costume avec nos tenues qui nous désignent comme soignant) et c'est par la rencontre que nous devenons ce soignant à part entière capable de dispenser des soins à autrui. La rencontre fonde notre identité de soignant. Gaston Bachelard souligne que sans la rencontre, « il dirait ce qu'il était avant de dire ce qu'il est ; il dirait ce qu'il est avant de dire ce que, par la rencontre, il est devenu »¹⁹. C'est par la rencontre nous devenons soignant car à quoi servirait le savoir, le savoir faire, le savoir être soignant, s'il n'était appliqué à une personne soignée. Par la rencontre nous sommes devenus

¹⁹ Gaston Bachelard, préfaçant Martin Buber, *Je et Tu*, p. 8.

des soignants, acteurs de soin dont le souci va être le patient en face de nous. Réciproquement, dans cette rencontre, nous désignons aussi l'autre comme soigné, dans son rôle de patient.

Et cette relation est forcément dissymétrique. Dissymétrique car nous avons en présence un homme en demande de soin et, face à lui, un homme convoqué pour sa capacité potentielle à pouvoir répondre à cette demande de soin.

Il y a donc une inégalité qui fonde le rapport entre ces deux hommes dont l'un, le soignant, réalise une action auprès de l'autre qui la subit. L'un est dans l'attente du pouvoir supposé de l'autre ce qui d'emblée crée un déséquilibre entre les deux. Nous sommes amenés, en tant que soignant à mener des actions de soin auprès du patient et dès lors, Paul Ricœur nous aide à penser cette dissymétrie lorsqu'il écrit que « ce qui fait que la *praxis* se prête à des considérations éthiques résulte d'un aspect fondamental de l'interaction humaine, à savoir qu'agir pour un agent c'est exercer un *pouvoir-sur* un autre agent »²⁰. Par cette notion de 'pouvoir-sur', nous prenons la mesure de notre responsabilité d'acteur agissant pour un patient qui peut pâtir de l'action que nous lui faisons subir. Cette dissymétrie fondamentale dans la rencontre peut donc être source d'une violence qui vient se surajouter à la violence du dysfonctionnement physiologique du corps si celle-ci se passe mal ou bien même, si elle ne survient pas.

Paul Ricœur ajoute que « c'est toujours l'inégalité entre agents qui pose le problème éthique au cœur de la structure inégalitaire de l'interaction »²¹. Notre responsabilité naît donc de ce 'pouvoir-sur' l'autre que nous acquérons en tant que soignant dans la rencontre. La rencontre de la personne en demande de soin nous fait nous reconnaître nous-mêmes en tant que soignant et donc en tant qu'agent de nos actions de soin. Or Paul Ricœur écrit qu' « il n'y a d'éthique que pour un être capable non seulement de s'autodésigner en tant que locuteur, mais encore de s'autodésigner en tant qu'agent de son action »²². Et nous devenons cet être responsable par la rencontre qui nous crée comme soignant responsable des soins qu'il prodigue. Nous devons donc prendre la mesure de cette responsabilité dans la rencontre. Celle-ci passe par une certaine « estime de soi, celle que j'assume en

²⁰ Paul Ricœur, revue *Esprit*, n°160, mars-avril 1990, p.126.

²¹ *Idem*, p. 126.

²² *Ibidem*, p. 126.

me désignant moi-même comme l'auteur de mes intentions et de mes initiatives dans le monde »²³, comme le souligne Paul Ricœur. La rencontre telle que je la mets en scène m'est imputable, elle engage ma responsabilité de soignant. Nous avons donc une responsabilité pour autrui dans cette rencontre et nous en prenons la mesure par le fait que nous sommes agent de celle-ci.

Or, cette rencontre à aussi comme objectif celui du soin et notre responsabilité nous engage donc à soigner cette rencontre afin que les soins puissent être dispensés de la meilleure manière possible, ce qui implique, comme nous l'avons vu, une confiance mutuelle.

Le soin porté à cette rencontre a pour objectif une facilitation de l'adhésion aux soins. Pour qu'ils soient de qualité, mis en place dans de bonnes conditions, ces soins doivent émaner d'une personne dans laquelle la personne a confiance pour qu'elle arrive à les accepter. La rencontre porte en elle l'importance de tisser et de préserver un lien fragile, ténu qui sous tend toute la relation de soin. Il n'y a en effet pas de vraie détente, de relation de confiance et de relation de soin facilitée sans la réussite de cette rencontre. Sinon, au mieux, la personne passe son chemin si elle est en mesure de le faire ou bien pire, elle subit la relation. Son inquiétude peut alors être telle qu'elle surajoute de la violence à la violence de la défaillance du corps. De plus, cette négligence de la part des soignants est la marque d'une négligence d'eux-mêmes comme nous l'avons vu, et ce, par le jeu de réciprocité inhérent à toute rencontre. Par extension, nous perdons alors toute estime de nous-mêmes. Il s'agit donc de prendre la mesure de la responsabilité particulière qui nous incombe dans la rencontre soignante par le fait qu'il s'agit d'une rencontre dissymétrique qui influence la relation de soin qui cherche à s'établir. Pourtant, nous allons voir que cette rencontre est difficile à mettre en œuvre dans le contexte de l'urgence pré hospitalière.

²³ *Ibidem*, p. 117.

b. Les contraintes liées à l'urgence pré hospitalière :
la brutalité initiale et le renforcement de la responsabilité

Il est désormais temps pour nous de voir dans quelle mesure cette rencontre va pouvoir se mettre en place dans le cadre de notre pratique si spécifique de l'urgence pré hospitalière.

Pour ce qui est de notre pratique soignante dans l'urgence, nous voyons que ces premiers temps de l'entrée en relation vont être très biaisés. Il y a une rupture brutale entre la délicatesse qui semble devoir présider afin que la rencontre advienne habituellement, et la rencontre telle qu'elle est mise en scène dans les interventions médicales en urgence. Cette brutalité s'exprime dès la première phase de cette rencontre. Au premier regard, il y a déjà un décalage : il ne s'agit plus d'observer de manière désintéressée une personne, un visage, mais plutôt d'observer l'autre de manière professionnelle pour y déceler des informations utilisables. Nos observations vont permettre d'emblée d'obtenir des éléments importants concernant l'état de la personne. L'entrée en relation est aussi biaisée dès les premiers mots échangés car il ne s'agit pas de débiter par une simple formule telle que : « bonjour, ça va ? » alors que la réponse, lorsqu'elle peut être donnée par la personne, va être négative. Face à l'échec de ce bavardage ordinaire dont nous avons vu le rôle important dans la rencontre, nous nous trouvons d'emblée en position de bouleversement total des modes habituels d'entrée en relation. La gravité de la situation chuinte toute tentative de banalisation apparente. Pourtant, quand la situation le permet, il est important de se présenter, de dire notre fonction, ce que nous faisons. Mais les banalités d'usage sont de suite remplacées par un interrogatoire médical minutieux lorsque cela est possible. Rien ne semble devoir ressembler aux échanges usuels ayant cours dans la société. De la même manière, alors que nos habitudes nous invitent à un contact physique très ponctuel dans la rencontre tel que la poignée de main par exemple, ici, même lorsque nous pouvons serrer la main, nous passons bien vite à un examen médical complet avec un patient qui est tenu de se déshabiller ou même d'être déshabillé par un tiers. Tous les codes de bonne conduite, de pudeur,

de politesse et de délicatesse sont alors rendus caduques et nous passons outre quotidiennement.

Il est alors indispensable de ne pas réapprendre comme ce fut le cas dans notre petite enfance une nouvelle manière d'être et de l'intégrer au point de ne plus la considérer comme hors norme, or de la normalité, car le risque serait alors de ne plus sentir la gêne que nous pensons essentielle pour garder un sentiment d'empathie à l'égard de cet autre en face de nous. Il nous faut continuer à penser que notre intervention ne constitue pas un événement de vie anodin même s'il fait partie de notre quotidien de soignant. Nous comprenons alors que nous devons être particulièrement vigilants par rapport à notre rencontre dans l'urgence du fait de cette brutalité inhérente à nos interventions en urgence, à l'irruption des forces médicales que nous incarnons. Cela constitue un premier obstacle à l'établissement de la rencontre qui est majoré par la vulnérabilité extrême présumée des personnes auprès desquelles nous sommes appelés. En effet, si de manière générale la dissymétrie s'exerce dans la rencontre puis la relation entre soignant et soigné, elle va être poussée à son paroxysme dans les situations d'urgence pouvant engager le pronostic vital (nous y reviendrons ultérieurement). Or, si nous avons mis à jour dans la partie précédente la dissymétrie de ces rencontres, cela nous a permis surtout de mettre à jour la responsabilité qui en résulte pour les soignants. Prenant la mesure de cet engagement responsable qui nous incombe, nous sommes dans l'obligation de compenser la brutalité initiale rendue inévitable par les caractéristiques spécifiques de notre pratique par un surcroît d'attention à la qualité d'accompagnement en humanité que nous apportons à l'autre. Pourtant, nous allons voir que la rencontre dans notre exercice est soumise à de nombreuses contraintes et que la question de la possibilité de sa réalisation va se poser à nous dans toute sa complexité.

c. Mise en place de l'aporie et indispensable recherche à mener

La rencontre doit en effet tendre à se réaliser dans un contexte peu propice si nous l'analysons. En effet, les contraintes sont multiples et de trois ordres si nous reprenons la métaphore théâtrale : contraintes temporelles, spatiales et liées aux protagonistes.

Elles sont temporelles car bien souvent l'urgence des soins va primer sur les aspects relationnels, ce qui est légitimé par l'aspect critique de la situation dans un premier temps.

De plus, notre mode d'exercice nous amène à intervenir dans des lieux où le décor peut rendre difficile la rencontre. Les espaces publics avec la présence de spectateurs par exemple ou encore les endroits exigus ou comportant un danger sont autant de contraintes spatiales au sein desquelles le face à face peine à se matérialiser alors que les repères habituels sont bouleversés.

Enfin, d'un côté comme de l'autre la disponibilité des protagonistes peut ne pas être au rendez-vous. La présence de l'un comme de l'autre pour la rencontre est difficile à obtenir. Les contraintes humaines sont alors aussi à envisager. En tant que soignant nous pouvons par exemple être pressés et concentrés sur les actes techniques requérant toute notre attention, et nous pouvons ne rencontrer qu'un cas clinique. En tant que soigné, l'état de vulnérabilité dans lequel la pathologie conduit la personne ne lui donne plus les moyens de s'exprimer ou bien génère une angoisse telle qu'elle l'étreint et la confine dans une solitude difficilement accessible comme nous l'étudierons plus loin. De plus cette vulnérabilité actualisée dans l'urgence va induire des comportements de défense de la part du soignant qu'il nous faudra aussi mettre en lumière.

L'effet cumulatif de ces différents types de contraintes semble nous pousser à admettre notre impuissance à pouvoir mettre en place des rencontres de qualité sur la scène de l'urgence pré hospitalière. Pourtant, il s'agit pour nous, comme pour Michel Geoffroy de « plaider pour la reconnaissance d'une nécessaire pratique médicale attachée à des principes qui permettent au soignant et

au soigné de se rencontrer »²⁴. Nous allons donc tenter de dépasser cette aporie en partant de chacune de ces contraintes pour essayer de comprendre les difficultés d'une part et en venir aux conditions de possibilité envisageables pour rendre toute la valeur éthique à cette rencontre d'autre part. Nous allons nous aussi cheminer, des contraintes aux conditions de possibilité puis de ce qui est rendu possible à ce qui peut devenir réel dans nos pratiques, nous allons essayer de soigner au sens de prendre soin, se faire du souci pour cette rencontre si essentielle pour l'homme que nous sommes et que nous croisons dans la rencontre pour ne pas être négligent envers l'autre et par là même envers soi.

²⁴ Michel Geoffroy, *La patience et l'inquiétude*, p. 125.

DEUXIEME CHAPITRE :

Les conditions de possibilité spatiales, temporelles et humaines De la rencontre dans l'urgence

Alors que nous venons de cerner ce qui fait de la rencontre soignante sa spécificité nous allons désormais nous pencher sur les conditions de possibilité de celle-ci dans l'urgence pré hospitalière. Nous allons tenter d'analyser la scène de ces rencontres spécifiques de manière générale à la manière d'une scène de théâtre (ou bien encore d'une scène de crime) d'un point de vue phénoménologique et de ce qui s'y joue pour tenter de dégager ce qui rend possible ou bien au contraire impossible la rencontre.

En effet, dans notre pratique au SMUR, nous assistons à une certaine mise en scène tragique des personnages dans l'espace et dans le temps. Nous allons tout d'abord essayer d'analyser ces éléments du décor spatial pour voir quelles en sont les conséquences pour la rencontre. Nous essayerons ensuite de mieux cerner le rapport au temps dans les interventions urgentes pour en tirer des conditions qui peuvent rendre possible une rencontre avec la personne en demande de soins. Enfin, dans une troisième partie, nous essayerons de mettre à jour les contraintes en termes de disponibilité pour les différents acteurs dans l'urgence. Enfin, nous analyserons la notion de pitié pour en venir à l'éloge de la sollicitude.

I. Les conditions spatiales de la rencontre. le décor de la scène

La scène de la rencontre dans l'urgence s'inscrit tout d'abord dans un lieu particulier au SMUR. De la même manière qu'au théâtre le décor permet de poser déjà l'ambiance de toute la scène, le lieu de l'intervention pose à lui seul les bases de la rencontre. Élément éminemment fluctuant dans notre pratique extra hospitalière qui comme son nom l'indique s'exerce hors des murs de l'hôpital, ce décor est d'emblée une source d'ajustement et d'adaptation. Pour essayer de cerner ce lieu changeant, nous allons le détailler suivant trois axes : tout d'abord nous ferons une analyse comparative entre l'hôpital et l'extérieur puis nous en viendrons à analyser l'espace privé pour enfin déterminer des conditions de possibilités a minima de la rencontre dans l'espace public.

a. Analyse comparative entre l'hôpital et l'extérieur

Il peut être intéressant de débiter par une analyse comparative de l'hôpital et de l'extérieur comme décor de la rencontre entre soignant et personne soignée. Lorsque nous pensons la rencontre soignante nous la pensons le plus souvent à l'hôpital. Que se soit en consultation ou en hospitalisation, la plupart du temps, c'est le malade qui se déplace pour venir à l'encontre des soignants. Il est attendu et accueilli en un lieu bien précis, défini à l'avance et au sein duquel cette rencontre est organisée. Par exemple, une consultation de dermatologie va se faire dans le service de dermatologie de l'hôpital avec un médecin spécialisé sur rendez-vous pris par une secrétaire dédiée à cette activité. Nous voyons que dans ces cas (sans s'appesantir sur la réalité de la réflexion portée à l'accueil), les éléments de base de la rencontre semble fixés avant même que cette rencontre ait lieu. Il se dégage un apaisement du fait d'avoir déjà pu anticiper la rencontre. Il semble que le seul élément nouveau à prendre en compte dans ces situations soit la personne elle-même, ce qui peut être facilitant.

D'ailleurs, pour les soignants, l'hôpital est considéré comme un refuge. Pour prendre un exemple, il nous est arrivé d'entendre un chirurgien qui disait après avoir terminé sa visite de contrôle des patients déjà opérés en salle, qu'il pouvait enfin rejoindre son 'nid' : celui-ci étant le bloc opératoire où il exerçait. Nous voyons bien là que l'espace hospitalier est vécu pour les soignants. Il semble posséder un côté protecteur et rassurant. L'imagination y prend sa place, ce qui fait dire à Gaston Bachelard que « l'espace saisi par l'imagination ne peut rester l'espace indifférent livré à la mesure et à la réflexion du géomètre. Il est vécu. Et il est vécu, non pas dans sa positivité, mais avec toutes les partialités de l'imagination »²⁵. Ainsi l'espace professionnel est teinté d'imaginaire, il est vécu positivement comme un lieu qui attire, « il concentre l'être à l'intérieur des limites qui protègent ». L'hôpital protège nos interactions avec l'autre et par extension, il facilite la rencontre.

Le fait de faire sortir nos actions soignantes de l'hôpital est déjà, en soi, une confrontation à l'hostilité du milieu extérieur. Pour prendre de nouveau un exemple, nous avons déjà entendu un réanimateur exprimer le fait qu'il n'aimait pas effectuer des gestes techniques hors de son service considérant que tous les lieux à l'extérieur de celui-ci (même à l'intérieur de l'hôpital dans un autre service) constituait un milieu hostile. Les espaces d'hostilité, pour Gaston Bachelard sont des espaces « de la haine et du combat » qui « ne peuvent être étudiés qu'en se référant à des matières ardentes, aux images d'apocalypse »²⁶. Hostilité, haine, combat d'après Gaston Bachelard, il y aurait lutte par l'utilisation de ce champ sémantique en lien avec la guerre. Bien souvent, il y a en effet lutte pour la vie dans l'urgence et nous, forces médicales, faisons irruption sur un terrain de conflit qui n'est pas le notre : nous envahissons. Cette idée de lutte pour la vie semble donc encore renforcée par le fait qu'elle s'exerce hors des murs de l'hôpital. Notre pratique extra hospitalière nous met dans une difficulté supplémentaire par le fait même du lieu d'exercice. Il y aurait pour les soignants une perte de repères spatiaux et donc organisationnels habituels. Cela constitue un obstacle supplémentaire pour la réalisation de rencontre car nous sommes dans un climat qui loin d'être paisible, apaisant, semble être au contraire agressif et déstabilisant.

²⁵ Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, 1981, p. 17.

²⁶ *Idem*, p. 18.

b. Analyse de l'espace privé

Nous pouvons alors en venir à l'étude de l'espace privé, du lieu de vie, du chez-soi. Nous avons vu que pour les professionnels, l'espace de l'hôpital était un espace vécu comme protecteur car il nous est familier, à juste titre. L'espace privé que constitue le domicile, la maison, la chambre de la personne est un lieu personnel d'intimité, un refuge encore bien plus que le milieu familial de travail qu'est l'hôpital pour les soignants. Travaillant en équipe mobile d'urgence, nous sommes donc amenés à pénétrer cet espace d'intimité, ce qui est loin d'être anodin.

Nous pénétrons, comme le souligne Gaston Bachelard, dans des espaces heureux. De la même manière que l'hôpital peut être un refuge pour les soignants, la maison est pour l'individu vécue de manière particulière, c'est l'un des « espaces de possession, des espaces défendus contre les forces adverses, des espaces aimés »²⁷. Cet espace privé est donc particulièrement incarné, c'est-à-dire que tenter de décrire ce qu'est la maison n'est pas seulement « de décrire des maisons, d'en détailler les aspects pittoresques et d'en analyser les raisons de confort »²⁸. En effet, par nos interventions, nous sommes amenés à découvrir des types très variés d'habitation. Il s'agit bien plus ici d'y ajouter une valeur supplémentaire, à savoir que cette maison est habitée. Pour l'auteur, il s'agit d'une « coquille initiale » et il faut tenter de « comprendre comment nous habitons notre espace vital en accord avec toutes les dialectiques de la vie, comment nous nous enracinons, jour par jour, dans un 'coin du monde' »²⁹. L'imagination va alors augmenter les valeurs de la réalité. Ainsi la maison constitue avant tout pour l'homme un refuge, un abri où se blottir, « la maison abrite la rêverie, la maison protège le rêveur, la maison nous permet de rêver en paix »³⁰. Et la survenue de la maladie augmentée par la nécessaire intrusion d'une équipe médicale fait passer en un éclair du rêve à la réalité la plus difficile qui soit souvent : celle de l'actualisation de la finitude humaine. Alors que « la maison, dans la vie de

²⁷ *Ibidem*, p. 17.

²⁸ *Ibidem*, p. 17.

²⁹ *Ibidem*, p. 24.

³⁰ *Ibidem*, p. 24.

l'homme, évince des contingences, elle multiplie ses conseils de continuité », l'arrivée des secours rompt de manière brutale cette trame continue. Sans la maison, nous dit Gaston Bachelard, « l'homme serait dispersé. Elle maintient l'homme à travers les orages du ciel et les orages de la vie »³¹. Or, quelle tempête que notre irruption de soignants dans cet abri protecteur contre les orages... Il va alors être d'une part particulièrement intrusif de pénétrer cet espace, à nous, forces médicales pouvant être vécues comme en lutte pour la vie. Nous employons d'ailleurs ce terme de forces médicales à dessein car ce vocable de guerre nous permet de souligner la violence de cette intrusion qui vient s'ajouter à la violence de l'irruption de la défaillance physiologique. Il y a donc quelque chose de violent à cette irruption de l'équipe médicale au domicile qui peut mettre en péril les conditions de possibilité de la rencontre. Cette effraction dans l'espace intime peut engendrer de l'hostilité même si les secours ont été appelés et peut venir surajouter à la cause de notre venue et empêcher la rencontre de se produire.

Pourtant, nous pouvons porter un autre regard sur la situation. Si cette effraction est éminemment violente pour la personne qui nous voit faire irruption dans son espace de vie, nous pouvons aussi en tirer quelques bénéfices par rapport à notre rôle à l'hôpital. Cet environnement intime ajoute une dimension humaine supplémentaire à la scène : alors que l'hôpital est un lieu impersonnel aux murs blancs, épurés, le lieu de vie est lui personnalisé : photos, bibelots, tous ces éléments du décor s'étalent sous nos yeux, ajoutant un surplus d'humanité à cette scène. Nous ne pouvons pas faire l'économie de prendre conscience de cette histoire de vie qui est présente sous nos yeux. C'est une tranche de vie qui s'étale comme par magie devant nous et non plus une personne qui est projetée dans un lieu impersonnel tel que l'hôpital. Au contraire, ce lieu privé « concentre de l'être à l'intérieur des limites qui protègent »³² Il nous est alors impossible de faire abstraction de tout ce décor. Nous sommes de manière ponctuelle projetés dans l'aspect continu de la vie de la personne. Alors que cette maison nous dévoile quelle « est une de plus grandes puissances d'intégration pour les pensées, les souvenirs et les rêves de l'homme »³³, nous reprenons alors conscience de la vie

³¹ *Ibidem*, p. 26.

³² *Ibidem*, p. 17.

³³ *Ibidem*, p. 17.

qui s'étale devant nous même si l'état de la personne à cet instant pourrait nous le faire oublier.

Nous sommes alors face à un paradoxe. En effet, le fait d'exercer nos soins hors des murs de l'hôpital d'une part et de faire irruption de manière intrusive dans un espace d'intimité d'une personne d'autre part, peut paraître, dans un premier temps, mettre en échec toute tentative de rencontre. Or, il nous faut par ailleurs prendre la mesure de l'enrichissement en humanité que peut apporter le fait de justement être projetés dans un espace privé lors de nos interventions. L'espace privé a donc une valeur ambiguë pour la rencontre, il pourrait être vu comme rendant impossible la rencontre car trop intrusif mais, *a contrario*, il peut devenir porteur de sens pour l'équipe et fonder une relation plus riche car prenant la mesure de la vie de l'autre. En effet, ce lieu est alors chargé affectivement, il est vécu. Ce cadre de vie réinscrit inévitablement la personne dans sa vie propre et dans ce qu'elle possède de processus continu. Dans ce même axe de réflexion, nous pouvons d'ailleurs ajouter aussi les proches et la famille qui sont présents sur place et nous renseignent, eux-aussi en apportant leur témoignage sur la vie, les symptômes de cette personne.

Pourtant nos interventions ne se font pas qu'à l'intérieur des murs de la maison mais bien souvent aussi à l'extérieur, dans ce que nous nommons l'espace public, ce qui n'est pas sans poser d'autres interrogations.

c. L'espace public et les conditions de possibilité *a minima*

Il ne faut pas oublier que la pratique médicale d'urgence nous amène aussi à intervenir à l'extérieur que se soit sur la voie publique ou encore dans des lieux publics tels que les musées, les restaurants, les transports en commun, les salles de spectacles... Ces lieux publics apportent eux-aussi leurs complications concernant la rencontre car pour reprendre notre vision imagée du théâtre nous avons d'une part un décor qui n'est pas bien circonscrit, limité et qui peut induire de la dispersion et, d'autre part les spectateurs de la scène qui vont apporter un élément nouveau à étudier. Bien sûr, cela peut aussi être le cas avec les proches à l'hôpital, au domicile mais le fait d'intervenir sur la voie publique nous fait ressentir le regard du public d'une manière toute particulière.

Il nous faut alors penser ces difficultés et nous allons voir que cela passe par la création d'un 'en dedans' dans cet 'en dehors', c'est-à-dire qu'il faut circonscire le décor d'une part et, dès que cela est possible, créer autour de la personne un espace d'intimité permettant à l'équipe de ne pas agir sous tous ces regards d'autre part.

Nous nous permettons ici une remarque pour préciser que dans un certain nombre de cas, nous ne pouvons pas nous dérober à ces regards. Nous nous mettons alors en scène malgré nous, en tenue, comme des acteurs, et il semble important d'en prendre conscience car nos faits et gestes ne tarderont pas à être analysés par le grand public et parmi celui-ci un grand nombre de personnes curieuses et non initiées qui ne comprennent pas nos actions. L'heure n'est pas alors aux explications mais il faut mesurer la portée éventuelle de chaque geste lors des interventions. Ces situations possèdent en effet quelque chose d'irréel et d'attractif pour le grand public et suscite une certaine curiosité que nous analyserons plus loin.

Ces situations semblent nous projeter à l'inverse opposé du nid, de la coquille, du coin dont nous avons vu qu'ils nous permettent de rencontrer généralement. Le fait d'être dehors peut nous donner un sentiment d'éclatement qui rend impossible la présence et l'attention nécessaire à la rencontre. Gaston

Bachelard nous aide à penser cette difficulté du dehors dans *La poétique de l'espace*. En effet, il y décrit la dialectique du dedans et du dehors et nous cernons mieux grâce à lui ce qui se joue dans ces scènes. Si la coquille est importante pour l'équipe, elle l'est aussi pour la personne en demande d'aide médicale. En effet, il écrit que « l'être est tour à tour condensation qui se disperse en éclatant et dispersion qui reflue vers un centre. L'en dehors et l'en-dedans sont tous deux intimes »³⁴. Il nous invite donc à penser deux mouvements opposés pour l'homme qui sont d'une part un éclatement de l'être et une condensation vers un centre. Or, pour rencontrer l'autre, il faudrait alors être suffisamment centré sur soi, avoir conscience de sa propre unité pour pouvoir dire « je » et ne pas se sentir éclaté. Le fait d'être à l'extérieur et de plus, sous le regard du public pourrait empêcher cette condensation nécessaire de l'être pour la rencontre. Afin de rendre possible cette rencontre il nous faudrait donc essayer de créer les conditions de possibilité de ce centrage sur soi. Il nous semble alors que, dans ces situations difficiles, ce qui va permettre de créer un 'en-dedans' dans ce dehors pour recréer la coquille protectrice à l'intérieur de laquelle il est possible de rencontrer (car nous nous sentons assez en sécurité pour cela), c'est le cercle créé par l'équipe médicale elle-même. Ce cercle devient contenant et permet d'un côté de recentrer l'être de la personne en demande de soin en évitant son éclatement et, de l'autre côté, de focaliser, recentrer l'attention de l'équipe autour de cet homme malade à distance des regards extérieurs.

En effet, ce sont alors nos propres corps entourant la personne au centre qui vont créer un espace protecteur où il est possible de se blottir. Il nous faut alors nous organiser en équipe parfois à l'avance pour créer cet espace d'intimité. Gaston Bachelard évoque « la rondeur pleine »³⁵, ce qui nous aide à penser cette manière de contourner cette difficulté spatiale. Cette rondeur pleine serait alors l'espace créé par le cercle de l'équipe réunie au plus près du patient. L'espace de référence pour la rencontre est donc le cercle constitué par le groupe de professionnel en tenue qui crée un cocon autour de la personne. Et cette rondeur est pleine car emplit d'échanges : ce cercle permet la proximité nécessaire pour les soins à administrer au corps d'une part, mais aussi la distance propice pour que

³⁴ *Ibidem*, p.196.

³⁵ *Ibidem*, p. 211.

nos présences respectives rendent la rencontre possible : non plus dispersés, nous pouvons entendre la voix de l'autre (parfois faible), nous sommes assez proches aussi pour que des regards soient échangés.

Cette analyse du décor soulève des interrogations en ce qui concerne les conditions de possibilité de la rencontre. Les différents types de décor dans lesquels nous sommes amenés à aller à l'encontre les personnes nécessitant des soins urgents révèlent des contraintes difficiles à surmonter pour accéder à une rencontre. Pourtant, même si ces conditions particulièrement changeantes exigent un réajustement de nos pratiques par rapport à notre coquille professionnelle qu'est l'hôpital, la rencontre peut quand même avoir lieu. Elle accède même parfois à une plus grande profondeur à la lumière d'éléments personnels qui la réinscrive dans son histoire de vie et auxquels nous n'avons généralement pas accès. Reste la difficulté inhérente à tout travail à l'extérieur et sous le regard du public qui peut rendre impossible la rencontre. Il semble pourtant que cette difficulté puisse être contournée en reprenant ce terme de coquille. La solidité de la carapace ne réside plus alors dans des murs protecteurs et l'imaginaire qui s'y rattache mais à la solidité des liens entre les membres de l'équipe qui entourent la personne et l'isolent des regards indiscrets. Celle-ci semble pouvoir jouer un rôle contenant suffisant pour permettre la sécurité nécessaire à l'entrée en relation.

Pour autant, le décor n'est pas le seul élément à étudier pour mettre à jour les différentes conditions de possibilité de la rencontre. Les contraintes temporelles semblent aussi bousculer les repères de la rencontre classique et nous allons essayer de mettre à jour ce rapport au temps particulier dans l'urgence.

II. Les conditions temporelles de la rencontre: le rapport au temps dans l'urgence

Toute rencontre dans l'urgence induit un rapport complexe au temps que nous allons essayer de détailler afin de mieux comprendre ses enjeux dans l'établissement de la relation. Les interventions du SMUR sont tout d'abord inscrites dans un temps limité : temps de l'appel, du regroupement de l'équipe, du transport et de l'arrivée sur les lieux, de l'intervention en elle-même, du transport si besoin de la personne vers la structure la plus adaptée. Au-delà de la durée de l'intervention, le temps est omniprésent à chaque instant. Pourtant cette notion recouvre de nombreux aspects très différents : elle est réactivité, durée, attente...

Lorsque nous évoquons le thème de l'urgence, c'est la notion de temps qui prédomine mais ce temps peut recouvrir différentes significations. Nous allons tenter de l'analyser selon trois axes qui cristallisent le rapport au temps dans les situations d'urgence. Du temps comme réactivité pour les professionnels au temps comme durée puis comme attente pour le patient, nous en viendrons à mettre à jour les conditions de possibilité de la rencontre en terme de temps comme une intégration de ses différentes notions de temps pour se diriger vers la trouvaille du moment opportun pour faire place à l'entrée en relation.

a. La pratique du temps pour les professionnels

Dans notre pratique au sein du service mobile d'urgence, l'urgence médicale est toujours *a priori* considérée comme absolue c'est-à-dire comme ne pouvant pas être différée. Il nous incombe alors de nous rendre en équipe sur les lieux au plus vite afin d'évaluer la situation d'une part mais surtout, le cas échéant, afin de débiter les soins d'urgence dans l'objectif de maintenir la vie. Le pronostic pouvant être lié à notre rapidité d'intervention, soit que la situation est d'ores et déjà critique, soit que celle-ci puisse se décompenser à tout moment, notre réactivité lors de l'appel du centre de régulation des appels doit être immédiate. Nous nous déplaçons au plus vite jusqu'à la personne en détresse vitale.

Dans un certain nombre de cas, l'évaluation qui va être faite nous permet d'exclure un risque de décompensation grave de l'état de santé à court terme ce qui nous repositionne après coup dans le contexte d'une urgence relative. Dans ce cas de figure, la rencontre peut reprendre son rythme habituel. Prenant en compte les éléments de décor que nous avons analysés dans la partie précédente, il est alors possible d'amorcer une rencontre avec la personne et, bien que les conditions de départ soient inhabituelles, de retrouver aisément une relative fluidité dans les échanges après avoir pu rassurer la personne.

Les choses se passent bien différemment lorsque les craintes concernant l'état de santé sont avérées. En effet, la réactivité première qu'il nous a fallu mettre en œuvre pour nous rendre auprès du patient se trouve renforcée par la crainte du pronostic. Il y a alors urgence du faire et la primauté est donnée à l'action. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause le bien fondé de cette action qui est tout à fait légitime et même indispensable à ce moment précis. Néanmoins, il faut en prendre la mesure et chercher à cerner la désorganisation des interactions humaines habituelles qui en découle. Nous sommes ici dans un contexte où les civilités vont être réduites à leur minimum comme nous l'avons vu : nous mettons en œuvre les manœuvres réanimatoires nécessaires au plus vite. Nous sommes alors soumis au temps du chronomètre, au *Chronos* des Grecs qui égrainent minutes et secondes. Le temps nous presse et nous pousse à l'action. Nous

pouvons parler métaphoriquement d'une course contre la montre. Pour en prendre un exemple, lorsque nous entamons une réanimation sur une personne en arrêt cardio-respiratoire nous notons avec exactitude le moment de début du malaise, de début du massage cardiaque externe, nous administrons des médicaments avec des intervalles de temps aussi précis que réguliers. Notre temps est chronométré car nous savons bien que de notre réactivité peut dépendre la possibilité de rétablir la situation ou non. Cette réactivité fonde l'équipe mais il ne faut pas qu'elle en soit l'unique objectif. En effet, au-delà de ces actes incontournables, la personne qui les reçoit est présente à nous à ce même instant. Les contraintes temporelles sont alors telles qu'elles pourraient rendre impossible la rencontre. Pourtant il semble que nous puissions y voir dans tous les cas de figure une rencontre en toile de fond : que ce soit rencontre d'un corps, d'un sujet, d'une personne, nous y viendrons plus tard. Il est important dès à présent de voir que ce temps n'est en aucun cas le même, pour nous soignants, et pour la personne en demande de soin qui nous fait face.

b. L'éprouvé du temps pour la personne soignée

Pour le patient, le temps va revêtir d'autres dimensions. Il est tout d'abord temps d'attente éprouvé comme durée avant notre arrivée. Cette durée d'attente peut être vécue comme particulièrement anxiogène du fait du délai incompressible avant notre venue. Nous verrons que l'anxiété et surtout l'angoisse peuvent rendre difficile la rencontre. Il est donc important, pour nous soignants, de comprendre cette angoisse potentielle qui se surajoute à la peur due à la décompensation physique de la maladie sous peine de voir se creuser le décalage entre soignant et soigné. Pourtant, pour relativiser notre propos, nous pensons que cette anxiété liée à l'attente des secours n'est pas un réel obstacle à la rencontre. En effet, notre arrivée va être, pour la personne, un soulagement dans le sens où il est toujours apaisant de constater que son appel à l'aide a été entendu et pris en compte.

Pourtant l'irruption des secours dans la vie est aussi vécue comme un choc, une tempête dans l'écoulement du temps de la vie lié au *tempus* latin. En effet, notre intervention marque une rupture, une cassure dans la continuité de la vie. Elle est toujours inattendue, contingente (comme toute rencontre d'ailleurs), mais cette contingence renvoie à la contingence de la vie qui aurait pu ne pas être. De plus, dans ces moments précis, c'est la finitude de la vie qui s'actualise : cette vie qui s'écoule ne sera plus et, alors que tout homme tente toute sa vie d'écarter hors de sa vue cette mortalité qui est la sienne par ses différentes activités, l'arrivée des secours fait passer cette mortalité au premier plan. Nous y reviendrons pour comprendre dans quelle mesure cette actualisation de la finitude de la vie va troubler la disponibilité des acteurs de cette scène dans la rencontre.

Enfin, pour en revenir à l'attente, celle-ci n'est pas uniquement liée au temps réel qui s'écoule mais elle est attente comme désir, espoir, souhait et c'est dans cette dimension d'espérance que la rencontre va être rendue difficile car nous ne sommes jamais à la hauteur des espérances que la personne met en nous. En effet, les équipes de secours auxquelles nous appartenons possèdent dans la population générale une représentation avec laquelle il nous faut composer et qui peut être lourde à porter. En effet, nous véhiculons une image de sauveurs qui possèdent dans leurs mains tous les possibles. Nous pourrions dire que notre arrivée balaie bien souvent le ressenti d'une attente réelle parfois un peu longue mais qu'elle met à jour des attentes en terme d'espoir parfois démesurées. En effet, face à des situations très critiques, nous sommes sommés de réussir, de tout tenter et l'échec n'est pas envisageable, encore moins admis. Nous devons alors porter en équipe un certain nombre d'espoirs déçus inéluctablement lorsque les situations sont si graves.

Nous voyons que dans ces circonstances, il va être à la fois particulièrement difficile mais indispensable de soigner la rencontre car s'il est un espoir de santé pour lequel nous avons nos limites, il est en notre pouvoir de ne pas y surajouter un espoir déçu dans la rencontre à l'autre. Car, en effet, prendre soin de la rencontre, c'est soigner notre présence à l'autre et c'est faire en sorte que cette attente, cet espoir de trouver son semblable en face de soi dans ce moment d'intense solitude soit entendu et que la réponse adaptée par la rencontre soit donnée.

Or il n'existe pas de solitude plus profonde que celle de chaque homme face à sa mort car chacun d'entre nous devra l'aborder seul. Donc, si la rencontre ne trouve pas à se réaliser, la solitude de l'homme face à la finitude de sa vie se trouve majorée par la solitude de la rencontre avortée.

Notre absence et l'espoir déçu qui en découle s'apparente alors à de la solitude pour Nicolas Grimaldi qui écrit que « la solitude est l'expérience d'une absence ; mais seul peut être absent celui que l'on attendait »³⁶. Il ajoute que c'est « cette tendance refoulée, cette confiance trompée, cette sympathie avortée, qu'il identifie à son expérience de la solitude »³⁷. Notre exercice exige donc un surcroît d'attention en humanité lorsque la situation est dramatique et met en scène la fin de vie potentielle de l'homme. Cette exigence donne un relief tout particulier à la rencontre car elle devient alors centrale alors qu'elle pouvait nous paraître anecdotique dans un premier temps : les actes techniques de 'sauvetage' semblant primer sur tout le reste. Le fait de mener conjointement un exercice parfois hautement technique avec un accompagnement humain réfléchi semble devoir être primordial.

c. Le bon moment pour la rencontre

Comme nous l'avons vu il faut essayer de faire advenir cette rencontre pour réintroduire une humanité indispensable dans une pratique nécessairement technique parfois déshumanisante. Mais les contraintes temporelles nous obligent à repenser toutes les modalités de la rencontre telles que nous les avons abordées en première partie. En effet, si les premières étapes sont respectées (car nous allons bien vers l'autre et nous arrivons même à toute vitesse à grand renfort de sirène et de gyrophare, pour nous rendre au plus vite à l'encontre de l'autre), c'est arrivés à proximité de la personne que les modalités de la rencontre se compliquent.

³⁶ Nicolas Grimaldi, *Le traité des solitudes*, Paris, PUF, 2003, p. 12.

³⁷ *Idem*, p. 11.

Nos repères se modifient et l'urgence du faire prime sur les civilités comme nous l'avons souligné. Pourtant, nous avons aussi remarqué que nous sommes au moins aussi attendus pour notre présence et notre accompagnement que pour nos gestes techniques professionnels adaptés. Il semble que, de la même manière que nous nous adaptons d'un point de vu technique au cas clinique qui nous est soumis, il faille s'adapter à des modalités de rencontre particulières en fonction de la situation et de la personne. La liaison entre technique et relation doit s'opérer et nous dirions que pour qu'elle puisse advenir, il faut qu'elle s'opère au bon moment. Il nous faudrait savoir saisir l'instant propice à la rencontre. En Grec, le concept de *Kairos* pourrait convenir en ce qu'il est une dimension du temps n'ayant rien à voir avec la notion linéaire *Chronos* : le temps de la physique. Cette dimension du temps crée de la profondeur dans l'instant et s'adapte mieux à la rencontre telle qu'elle est recherchée dans notre exercice parce qu'elle est une notion immatérielle du temps mesurée non par la montre mais par le ressenti. Il faudrait alors savoir saisir l'occasion, l'opportunité pour que ce qui est recherché et possible devienne réel.

Au même titre que pour Aristote dans l'*Ethique à Nicomaque*, la vertu était recherchée comme juste mesure, ligne de crête entre deux vices, l'un par excès, l'autre par défaut, le moment opportun serait un instant vécu comme propice à la rencontre à trouver intuitivement ni trop tôt, ni trop tard. C'est un sommet d'éminence qui est recherché entre l'instant précédent, qui ne se prête pas encore à la rencontre et, l'instant suivant, où elle n'est déjà plus possible. A ce titre le concept de *Kairos* peut permettre de trouver le bon moment pour l'action humaine afin qu'elle s'accomplisse à temps. Dans le domaine médical de crise qui nous occupe, les grecs et notamment les hippocratiques avait utilisé le *Kairos* pour définir la notion de crise, l'instant critique où la maladie évolue vers la guérison ou la mort. C'est alors à ce moment précis que l'intervention médicale prend un caractère décisif. Nous nous trouvons ici, par l'apport de ce concept, à un carrefour particulièrement riche où il s'agit de mener conjointement la recherche d'un temps opportun pour le soin à apporter au corps dans cette phase de crise d'un point de vue médical et la recherche d'un instant non moins propice pour la rencontre avec cet autre d'un point de vue humain en saisissant la particularités de chaque situation.

Søren Kierkegaard, dans *Les miettes philosophiques*, évoque la notion d'occasion à plusieurs reprises. Il rappelle que du point de vue socratique, « tout point de départ dans le temps est *eo ipso* un événement contingent, quelque chose d'inconsistant, une occasion »³⁸. La rencontre, comme point de départ d'une relation de soin, n'est alors qu'une occasion et le soignant est là pour que ce qui est possible devienne réel, humblement. C'est ainsi que Socrate comprenait « son rapport à chaque homme, toujours avec autant d'humilité et de fierté ». Le bon moment est alors le moment de l'occasion saisie.

Hans Jonas, lui aussi, dans *Le principe responsabilité*, évoque l'occasion à travers l'occasion historique. Ainsi, pour lui, un chef d'Etat, une fois qu'il aurait « compris clairement ce qui était maintenant possible »³⁹, c'est-à-dire en ayant conscience que les conditions de possibilité soient réunies, pourrait saisir cette occasion comme étant le bon moment pour l'action et mettre en œuvre une stratégie préparée à l'avance. En effet, par son analyse, Hans Jonas arrive à cerner le bon moment de l'action comme le fait « qu'une occasion de la plus haute portée fut saisie avec le regard juste et l'agir décidé »⁴⁰. Nous voyons ici que ce moment opportun est à chercher et à saisir. Il semble, en outre, conditionner tout ce qui suit.

De plus, pour compléter l'exploration de cette notion, nous pouvons ajouter que si toutes les acceptions de *Kairos* ne sont pas directement liées au temps, elles sont toutes liées à l'efficacité. Quel que soit le domaine envisagé, il renverse les situations et leur donne une issue définitive : la vie ou la mort, la victoire ou la défaite, la déshumanisation ou la réintégration dans la communauté des hommes. Il devient la condition de l'action réussie, ce qui lui confère toute son importance. Ce moment opportun est donc à la fois primordial à trouver car il permet que la rencontre puisse se faire et à la fois il relève du « presque rien » car il n'est qu'occasion saisie sans plus de précision possible. Par le fait, la réussite de la rencontre tient alors à « presque rien », ce qu'il conviendrait d'analyser à la lumière de *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien* de Vladimir Jankélévitch⁴¹ comme un presque rien tellement riche dans le même temps...

³⁸ Søren Kierkegaard, *Les miettes philosophiques*, Paris, Seuil, point essais, 1967, p.41.

³⁹ Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, 1998, p. 217.

⁴⁰ *Idem*, p. 217.

⁴¹ Vladimir Jankélévitch, *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*, Paris, PUF, 1957.

Enfin, pour finir de cerner la complexité de cet instant crucial de la rencontre et pour tenter de savoir si un instant peut être aussi riche, Martin Buber nous éclaire en écrivant que « oui, s'il est le signe d'une rencontre. Un instant peut-il être si riche, si vif ? Oui s'il est à l'origine d'une amitié, s'il est l'impulsion d'une Personne »⁴². C'est donc pour cet auteur, le cadre spécifique de la rencontre qui seul peut permettre à un instant de porter une telle richesse. C'est pour lui la personne, l'acteur en jeu à ce moment précis qui crée la richesse même de cet instant. Et, si cet instant est pour lui décisif dans la rencontre, il n'en reste pas moins qu'il ne tient à presque rien comme nous l'avons vu et il nous alors faut essayer de le comprendre dans la perspective des acteurs mis en jeu.

⁴² Gaston Bachelard, préfaçant de Martin Buber, *Je et Tu*, p. 8.

III. Les conditions humaines de la rencontre

Après avoir analysé les éléments du décor spatial de la scène et de sa temporalité, nous en venons à évoquer un aspect majeur à prendre en compte dans cette rencontre : les conditions humaines, liées aux acteurs.

Nous allons y réfléchir en pensant la disponibilité de chacun des protagonistes dans la rencontre. Pour ce faire nous analyserons dans un premier temps les éléments qui peuvent rendre le soignant indisponible à cette rencontre, puis nous en viendrons à découvrir quels peuvent être les facteurs influençant la disponibilité de la personne soignée, ceux-ci pouvant même rejaillir sur les soignants par les mécanismes du transfert et du contre transfert.

Enfin, nous chercherons à analyser la pitié comme l'élan semblant pouvoir caractériser le mieux les spectateurs de ces scènes pour en venir à un éloge de la sollicitude qui pourrait nous être applicable en tant que soignant.

a. Conditions de disponibilité pour le soignant : de la focalisation sur l'objet à l'avènement du sujet et de la personne.

La disponibilité du soignant va constituer un premier élément limitant dans la possibilité de la rencontre du fait que nous sommes convoqués dans une situation d'urgence afin de faire face à une défaillance aiguë de l'objet « corps humain ». Face à ce dysfonctionnement grave engageant bien souvent le pronostic vital, nous allons focaliser toute notre attention sur cet objet, ce cas à traiter. Le stress lié à la situation d'urgence peut dans un premier temps créer une première barrière à la rencontre. Nous sommes concentrés, nous éprouvons une tension vers la compréhension de ce cas médical. Nous pourrions faire un parallèle avec l'acteur qui entre en scène et qui éprouve du 'trac' au moment d'incarner son personnage : il fait abstraction de ce qui l'entoure pour se focaliser sur son texte,

son savoir. Nous focalisons notre attention sur le cas, son analyse pour le faire passer de la singularité des faits que nous constatons à l'intégration de ces données à nos connaissances théoriques générales pour le comprendre et pouvoir le traiter. Ce premier travail exige de notre part un passage du particulier au général qui semble impropre à la rencontre avec notre semblable.

En effet, nous sommes convoqués auprès d'un objet-corps défaillant afin de le réparer et, dans cette perspective, se sont nos connaissances, nos savoirs, nos savoir-faire qui sont ici interrogés pour apporter une aide médicale urgente. Il semble alors indispensable de nous concentrer de cette manière pour pouvoir réagir efficacement. Martin Buber nous aide d'ailleurs à penser ce passage obligé par l'objectivation du cas à traiter en écrivant que « rien ne peut être intégré à la connaissance qu'en qualité d'un *Cela* »⁴³. Cette phase passe par un nécessaire morcellement du corps en organes défaillants ou non, ce qui nous permet de faire un travail d'analyse parcellaire de ce qui dysfonctionne.

La rencontre va alors devoir passer par la rencontre de l'objet. Cet objet est le corps de l'Homme (mais aussi le corps d'un homme comme nous le verrons ensuite). Il y a donc corporéité du rencontré dans un premier temps. Nous sommes aidés dans notre pratique pour prendre conscience de la consistance de cet objet car nous ne sommes pas dans une discipline médicale toute orientée vers la haute technologie de l'imagerie et des examens para cliniques notamment qui pourraient nous conduire à considérer le corps comme une abstraction. Notre pratique reste éminemment clinique, au plus près de ce corps dont nous ne pouvons faire l'économie.

Donc, cet objet que nous avons sous les yeux n'est pas un simple objet inerte mais bien un corps, un corps humain. Nous en percevons la forme, la consistance, la couleur, le bruit, l'odeur.... Michela Marzano écrit que « le premier caractère du corps humain est d'occuper de l'étendue, ce qui se traduit en terme de spatialité, volume et matérialité »⁴⁴. Nous sommes bien au contact de ce corps physiquement présent devant nous. Mais pour rencontrer réellement, il va falloir nous rendre disponible au-delà de la simple prise de conscience de cette matérialité du corps.

⁴³ Martin Buber, *Je et Tu*, p. 68.

⁴⁴ Michela Marzano, *Philosophie du corps*, Paris, PUF, Que sais-je ?, p. 50.

Il ne s'agit pas seulement de prendre conscience du corps de l'autre pour réellement le rencontrer. Il y aurait en effet un corps que l'on est et un corps que l'on a. Ainsi, en parlant de son corps, Nicolas Grimaldi écrit : « Il me désigne. Il m'évoque. Il me raconte. Il parle de moi. Il m'exprime. De la sorte il m'engage et me compromet auprès des autres. Son simple aspect paraît à tous un témoignage »⁴⁵. Pourtant, il ajoute que « quoi que j'en sois inséparable, je ne m'y réduis pas ». La demande de soin émane d'un homme qui nous invite à prendre soin du corps qu'il est mais aussi du corps qu'il a. Il ne s'agit pas d'oublier ce qui fait qu'il n'est pas que son corps dans la rencontre sous peine de négligence envers lui. Il nous faut donc en prendre conscience pour se rendre disponible et présent à un nouveau niveau de rencontre qui va passer par la parole cette fois car le patient va tenir un discours sur son corps.

Ainsi, la rencontre ne peut se limiter à la rencontre du corps même si elle doit passer par lui. Le corps est ce qu'on est pour les autres au premier regard, il est le premier élément objectif rencontré. Ce passage est indispensable car il est notre sujet d'inquiétude en tant que soignant tout d'abord, mais aussi et surtout parce qu'il est la trace du fait que l'homme est au monde. Il n'y a pas d'homme sans corps. « C'est dans et avec son corps que chacun de nous né, vit et meurt ; c'est dans et par son corps qu'on s'inscrit dans le monde et qu'on rencontre autrui »⁴⁶. Mais, Michela Marzano nous dit aussi que « le corps est une sorte d'institution symbolique qui lie l'objectivité du corps physique à la subjectivité du corps propre » et « si d'un point de vue extérieur, il apparaît comme un dispositif organique complexe, un système en équilibre », ou non d'ailleurs, « d'organes liés les uns aux autres, d'un point de vue subjectif et intérieur il est aussi un lieu d'interrogation existentielle »⁴⁷. L'homme à rencontrer n'est donc pas réductible à son corps qui fonctionne plus ou moins bien d'ailleurs. Il est aussi sujet de son discours ; discours qu'il porte sur sa maladie, ce qui lui arrive, ce qu'il ressent au moment où nous entrons en scène et la mise en perspective de cet épisode dans son histoire de vie. Ainsi, s'il est légitime de commencer par réduire l'autre à son corps et à l'objectiver, nous devons aussi reconnaître l'autre à travers la rencontre, non plus comme un corps à réparer, mais aussi et surtout comme un sujet à

⁴⁵ Nicolas Grimaldi, *Le traité des solitudes*, Paris, PUF, 2003, p.35.

⁴⁶ Michela Marzano, p. 53.

⁴⁷ *Idem*, p. 50.

écouter car il est capable de tenir un discours sur son corps. Il nous faut alors être disponible à cette écoute de l'autre en tant que sujet dans la rencontre.

Au-delà du sujet de son discours, la rencontre doit être aussi rencontre d'une personne qui est présente à nous par son corps. En effet, la gravité de la situation peut mettre en péril les capacités du sujet face à nous à dire « je ». Dans ces cas extrêmes, la rencontre est prise de conscience pour le soignant de la présence de l'autre en tant que personne. Martin Buber, analysant la rencontre, parle de contemplation réciproque et Michela Marzano va aussi dans ce sens lorsqu'elle écrit qu'« en l'instant de la contemplation, ce n'était pas une chose entre les choses, un phénomène entre les phénomènes, c'était l'unique présence »⁴⁸ et aussi que « toute véritable rencontre implique une présence, un face à face, une incarnation »⁴⁹. Il n'est plus question ici pour le soignant d'être disponible à l'appréhension d'un corps ni même à l'écoute d'un discours mais bien plus d'être sensible en tant qu'homme à la présence de l'autre homme, de la personne en face de lui, même lorsque celle-ci n'est plus en mesure de 'faire l'homme', c'est à dire de parler. Le soignant a donc pour devoir de se rendre disponible à la prise de conscience de cette présence de cet autre en face de lui ce qui revient à faire de la rencontre réelle une obligation morale.

Emmanuel Levinas ici nous aide à penser cette responsabilité dans la rencontre avec autrui grâce à sa phénoménologie du visage, c'est-à-dire son analyse de ce qui se passe quand je regarde autrui en face à face. Pour lui, ce visage m'oblige car il est « signification et signification sans contexte. D'ordinaire, on est un 'personnage' : on est professeur à la Sorbonne, vice président du Conseil d'Etat, fils d'un tel, tout ce qui est dans le passeport, la manière de ce vêtir, de se présenter »⁵⁰. Dans nos interventions de soin nous sommes soignant ou soigné comme nous l'avons vu mais, par l'accès au visage de l'autre, nous pouvons dire que nous allons tomber les masques de nos personnages car « le visage est sens à lui seul »⁵¹. Il se suffit à lui-même pour nous obliger à une entrée en relation responsable. Nous sommes alors simplement des semblables dans ce face à face, ce qui rééquilibre la rencontre. Ainsi, pour lui,

⁴⁸ *Ibidem*, p. 29.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 29.

⁵⁰ Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, Paris, Livre de poche, biblio essais, 1982, p.80.

⁵¹ *Idem*, p. 81.

« l'accès au visage est d'emblée éthique »⁵², c'est-à-dire qu'il estime que le fait d'avoir accès au visage de l'autre, non pas de le décrire mais de rentrer en contact avec lui, nous rend responsable pour celui-ci. La rencontre est donc, avant toute autre chose, rencontre d'un visage et donc, « dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable »⁵³. Or, lors de nos interventions en urgence, nous pouvons 'lire' sur les visages et dans les yeux des personnes auprès desquelles nous nous rendons des expressions faciales d'angoisses si essentielles qu'elles nous obligent, de fait, à une attitude responsable. Cette obligation, Emmanuel Levinas la décrypte en écrivant que « le visage d'autrui est dénué ; c'est le pauvre pour lequel je peux tout et à qui je dois tout. Et moi, qui que je sois, mais en tant que 'première personne', je suis celui qui se trouve des ressources pour répondre à l'appel »⁵⁴. Si nous appliquons cette trouvaille à nos situations de soin, ce contact avec le visage de l'autre fonde alors notre obligation morale de soignant dans la rencontre. De plus, cette obligation morale doit être accomplie pour Levinas, sans en attendre la réciproque. Le visage de l'autre me commande, m'ordonne et lorsqu'on lui demande si la réciproque est vraie, si autrui, lui aussi, est responsable vis-à-vis de notre visage, il réplique que « peut-être, mais ceci est *son* affaire »⁵⁵. Martin Buber rejoint cette position lorsqu'il écrit que « ce qui doit nous occuper, ce dont il faut nous soucier, ce n'est pas de l'autre partie, c'est la nôtre »⁵⁶. Il faut donc comprendre ici que nous devons prendre la responsabilité de notre moitié de chemin dans la rencontre, de ce qui nous incombe, et ensuite laisser advenir ce qui peut arriver par la grâce de la rencontre.

C'est un mouvement responsable que nous devons opérer pour revenir du général au plus particulier du visage de l'autre dans un mouvement inverse à l'analyse qui est nécessaire dans un premier temps. En effet, si dans un premier temps, nous sommes amenés à partir de l'analyse du cas à une généralisation pour l'intégration de ce cas particulier aux connaissances théoriques médicales générales afin de pouvoir le traiter, il faut aussi faire le cheminement inverse pour revenir du général à la singularité de l'autre en face de nous par son visage

⁵² *Ibidem*, p. 79.

⁵³ *Ibidem*, p. 92.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 83.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 94.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 94.

notamment. Michel Geoffroy nomme ce mouvement l'intuition quand il souligne que « nous appelons ici intuition la sympathie par laquelle on se transporte à l'intérieur d'un objet pour coïncider avec ce qu'il a d'unique et pas conséquent d'inexprimable »⁵⁷, et non plus de général et d'intégrable à l'ensemble des connaissances. Ainsi, alors que l'analyse est indispensable en premier lieu, c'est l'intuition qui doit nous conduire à la rencontre en prenant la mesure de la singularité de chaque homme. C'est par l'accès à son visage notamment que nous pouvons le rencontrer et accepter cette altérité absolue de l'autre. Car en effet, même si la science médicale tend à étudier l'homme comme un objet ordinaire analysable au même titre que tous les autres objets scientifiques, aucune de nos singularités humaines ne se laisse réduire à ce schéma scientifique. Ce qui fait de chaque rencontre un événement unique et inédit, c'est bien la singularité de chaque homme et Freud va plus loin lorsqu'il évoque l'inquiétante étrangeté de cet autre dont une part nous restera toujours inconnue. Ce passage par l'intuition et la sympathie nous permet de réintroduire le caractère unique de chaque rencontre et explique par la même la nécessité de notre présence toute particulière à l'encontre de cette singularité de la personne en face de nous, de la singularité de cet événement médical pour lui, dans son histoire de vie. C'est ainsi que nous sommes disponibles de manière réelle dans la rencontre à l'autre en tant que soignant. Nous pouvons donc désormais en venir à l'analyse en parallèle la disponibilité pour cette personne en demande de soin en face de nous dans la rencontre.

⁵⁷ *Ibidem*, p.137.

b. Conditions de disponibilité pour la personne soignée et implications pour le soignant

La rencontre requiert aussi une disponibilité de la part de la personne soignée qui peut être mise à mal dans cette situation d'urgence. En effet, lorsque l'urgence médicale survient, elle bouscule l'enchaînement habituel des actes de la vie. D'ailleurs, il n'est pas rare que la personne nous énumère toutes ses diverses activités avant que la crise que constitue l'irruption du problème médical ne surgisse. Elle se raccroche à cet enchaînement des faits anodins de la vie quotidienne et nous voyons à quel point cette mécanique s'enraye et devient caduque une fois que nous arrivons au domicile. L'urgence s'invite de manière impromptue et s'impose brutalement dans le cours de la vie. Elle vient actualiser notre vulnérabilité et notre mortalité alors que celles-ci sont soigneusement gardées à distance de nos pensées la plupart du temps. En effet, tout au long de notre vie, nous déployons (consciemment ou non) de multiples stratagèmes pour éloigner de nos pensées cette chétivité physiologique qui est la notre et la finitude de la vie qui en découle. Par nos habitudes, nos divertissements, nos bavardages (dont les rencontres habituelles telles que nous les avons décrites font partie), nous remplissons nos vies de moments légers, ce qui nous protège de ses considérations plus essentielles. L'urgence médicale crée alors une rupture et nous allons tenter de comprendre les mécanismes psychiques qui se mettent en place dans ces circonstances.

L'irruption d'un ensemble de symptômes fait ressentir à la personne une peur liée à son état de santé dans un premier temps. Cette personne est donc inquiète, elle ne peut trouver le repos, elle reste agitée par la crainte et l'incertitude quant à la gravité des signes qu'elle présente. Nous sommes ici face à une peur qui, même si elle ne connaît pas exactement son objet, l'imagine, le fantasme. Cette peur accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé d'une menace pour la santé, elle est motivée par les symptômes et induit un mal être, une appréhension de ce que le médecin va dire de la gravité de ce qu'elle ressent. Cette inquiétude concernant son état de santé, le diagnostic et éventuellement le pronostic envahit le champ de sa conscience et la rend déjà

moins accessible pour une rencontre. Le danger peut être réel, engageant le pronostic vital, mais il peut être totalement imaginaire, engendrant les mêmes conséquences. La personne éprouve de manière concrète un souci lié à son état et son esprit est absorbé par cette anxiété. Cette peur reste liée à l'événement qui l'a créé. Elle est accidentelle au même titre que la survenue des symptômes par le fait qu'elle aurait pu ne pas être et est relativement curable du fait qu'à notre arrivée, la personne peut verbaliser cette crainte auprès de l'équipe afin que nous essayons de la traiter conjointement à la cause médicale qui l'a fait advenir. Pourtant, cette appréhension n'est pas à prendre en compte comme une simple peur d'un objet identifié : elle renvoie à une angoisse plus profonde, ontologique et donc incurable...

En effet, la survenue de cet épisode de décompensation somatique fait émerger la notion de souci de manière différente d'une banale préoccupation quotidienne, tracas lancinant de l'esprit absorbé, jusqu'à la souffrance, par un objet. « Le thème sous-jacent à celui de l'urgence est celui du Souci avec un grand S. Ce mot résume la situation de l'homme jeté dans le monde et confronté à la dimension temporelle de son existence, à ce qu'elle ait un terme »⁵⁸. Ce souci lié à l'état de santé va donc se diffuser en une angoisse ontologique. Cette angoisse est la morsure que le néant fait à notre âme. En effet, si nous nous interrogeons sur la condition humaine, nous voyons que celle-ci est marquée d'une part par la contingence de l'existence de l'homme qui sait qu'il aurait pu ne pas être et d'autre part par sa mortalité car il sait qu'il ne sera plus. Nous en venons donc au paradoxe concernant le néant qui ne se contente pas de ne pas être mais qui agit sur nos vies. Ce qui fait dire à Jean-Paul Sartre dans *L'être et le néant* que « l'homme est l'être par lequel le néant arrive à être ». Le néant accède donc à une forme d'existence par l'importance que l'homme lui accorde dans sa réflexion essentielle.

Notre vie est donc encadrée par deux néants et la conscience de notre contingence nous étroit. Alors que la peur est toujours peur de quelque chose, l'angoisse n'a pas d'autre objet que la relation au néant. Pourtant, il nous faut apprendre à vivre avec cette angoisse de néantisation c'est pourquoi, cette finitude et cette mortalité, qui sont les fondements de la vie humaine, sont le plus souvent

⁵⁸ Didier Houssin, *Maintenant ou trop tard, Sur le phénomène de l'urgence*, Paris, Denoël, 2003, p. 15, 16.

tenus à distance grâce à la force des habitudes mais aussi par le divertissement pascalien et le bavardage heideggérien (tel que nous l'avons mis à jour lors des rencontres habituelles de l'homme), pour permettre de poursuivre notre vie sans être constamment paralysés par l'angoisse.

Le divertissement est développé par Pascal dans *Les pensées*. L'homme fuit alors l'angoisse par le divertissement. Le terme est à comprendre dans son sens étymologique à savoir pour *se divertir* : se détourner de l'essentiel. L'essentiel pour Pascal étant la mort et l'amour. C'est donc tout ce que fait l'homme pour oublier sa mortalité. Le travail notamment, fait partie de ce qui peut détourner l'homme de l'essentiel dans la vie. Ces divertissements lèvent la chape de plomb due à l'angoisse et permettent à l'homme de poursuivre ses activités ordinaires. Pourtant, l'homme n'oublie pas car le divertissement n'est pas à la hauteur du problème.

Ce que nous avons vu dans la rencontre telle qu'elle se met en place habituellement, c'est une utilisation du bavardage tel que Heidegger le suggère : il s'agit d'une utilisation du langage qui vise à occulter l'essentiel. Ce bavardage appartient à la quotidienneté de l'homme. Il est une entrée en matière, une préparation à la parole admise par tous.

La plupart du temps, l'homme arrive à se protéger de sa confrontation inévitable au néant en utilisant ces artifices pour l'occulter. Pourtant, chacune de ses blessures, de ses maladies lui rappelle la finitude de son existence. La mobilisation d'une équipe de soin au paradigme de l'urgence médicale, actualise avec une force inégalée cette mortalité inscrite dans toute vie humaine. Ce constat fait souligner à Didier Houssin le fait que dans ces situations d'urgence « la vie sort brusquement de l'habitude », « elle se tourmente »⁵⁹. Ainsi, l'enchaînement régulier des actes habituels de la vie est rompu. L'homme est alors dans l'obligation de se confronter à cette finitude : une brèche se crée alors, le rendant particulièrement vulnérable lors de nos interventions d'urgence.

Cette fragilité physiologique potentielle devient réelle dans les situations d'urgence qui nous occupent et, en outre, l'actualisation de cette vulnérabilité est mise en abîme par la prise de conscience de celle-ci par l'homme. Dans ces moments extrêmes, nul stratagème (habitudes, divertissement, bavardage...) n'est

⁵⁹ *Idem*, p. 10.

plus à la hauteur du problème et cette vulnérabilité essentielle de l'homme est projetée au premier plan de la scène : elle s'impose à nous. Cette vulnérabilité est particulièrement vectrice d'angoisse car elle véhicule la problématique de la finitude de la vie de l'homme, de sa mortalité.

Or, face à sa mort dont il ne peut pas ne pas prendre conscience qu'elle est inéluctable dans ces situations d'urgence vitale, l'homme est toujours seul. « Le trépas est comme un rendez-vous avec soi-même »⁶⁰. Cet événement est certain, mais indéterminé, attendu mais non partageable. La mort est toujours l'événement ultime de la vie que chaque homme est tenu d'aborder seul sans que nulle dérogation soit envisageable. « Parce que la mort est l'horizon de la vie, il n'est pas une situation, pas une rencontre, pas un événement qui ne se configurent et ne se découpent sur fond de cette irrémédiable solitude. Elle accompagne comme son ombre chaque instant de notre vie ». C'est en effet de savoir que nous mourrons et que nous mourrons seuls qui fait notre solitude originaire. Il n'est question que de quitter ce monde depuis le premier instant où nous y sommes venus. Cette solitude inéluctable et impartageable due à la finitude de l'être nous isole irrémédiablement de manière essentielle. Cette solitude ontologique qui découle de l'angoisse de mort va être une difficulté supplémentaire sur le chemin de la rencontre car s'il est vrai que la peur liée aux symptômes reste accessible à l'équipe de soin, cette peur essentielle de chaque homme face à sa mort est telle qu'elle semble mettre l'homme hors de toute atteinte relationnelle.

Pourtant, nous pouvons essayer d'analyser la solitude car nous allons voir que nous pouvons ou non, surajouter de la solitude à la solitude face à la mort dans nos actions de soin. L'homme en tant que sujet de sa propre vie, se trouve seul face à cet événement dramatique de la perte de son intégrité physique. Il est alors en train de vivre un moment hors de toute normalité, de toute banalité. Or, parfois, nous pouvons lui renvoyer en miroir le spectacle d'une équipe dans la routine de ses actions de soin et cela n'est pas sans conséquence sur la possibilité de la rencontre.

Nous pouvons alors nous pencher sur les mécanismes qui aboutissent à cette solitude supplémentaire à laquelle peut conduire cette manière d'entrée en scène en tant que soignant dans le cadre de l'urgence. Nous pensons que cette

⁶⁰ *Ibidem*, p. 18.

banalisation de nos actions d'urgence n'est pas anodine. Il s'agit d'un mécanisme de défense inconscient au sens où Freud l'explique. Elle permet justement de mettre en place une distance acceptable pour nous, pour tenter de ne pas trop être touchés nous-même par la situation. En effet, par les mécanismes de transfert et de contre-transfert nous sommes mis en danger par la projection de l'angoisse de mort qui nous est adressée. Dans un premier temps, la personne en demande d'aide médicale urgente projette sur nous, équipe soignante, l'angoisse de la finitude de sa vie de manière brutale. Il nous est implicitement demandé de l'assumer. La brutalité peut venir du fait que l'urgence rend cette angoisse massive et impossible à gérer pour la personne. De plus, par nos missions de soin répétées, nous sommes confrontés à cette projection de manière récurrente et ces projections qui nous sont adressées ne manquent pas d'actualiser nos propres angoisses face à notre mort pour le dire brièvement. Les processus psychiques tels que l'identification qui sous-tendent ces mécanismes sont complexes et inconscients mais il nous arrive en équipe de nous en rendre compte lorsque nous verbalisons, dans certains cas (lorsque la personne en détresse a notre âge ou des similitudes avec un de nos proches), que ça pourrait être nous ou l'un des nôtres. Des mécanismes de défense peuvent alors se mettre en place : ce sont des manières de gérer cette angoisse qui nous est imposée. Ceux-ci ont un rôle relativement protecteur mais ils peuvent mettre en péril toute possibilité de rencontre, nous rendant une fois encore indisponible à celle-ci de manière psychique cette fois et non plus purement pratique. Par ce type de mécanismes complexes, nous pouvons notamment être amenés à banaliser nos interventions. Cherchant à mettre une distance supplémentaire entre soi (en bonne santé) et l'autre (confronté à la fin de sa vie), nous nous entêtons dans notre routine et nos actes quotidiens, refusant en apparence de remarquer le caractère tragique de la situation de fin de vie, tandis que l'autre est en train de vivre un événement inattendu, exceptionnel d'une intensité manifeste qu'il tente sans succès de nous transmettre. De la même manière, nous nous agitons parfois sans relâche dans notre rôle de soignant : par l'action nous sommes éminemment vivants alors que dans le même temps nous assignons à l'autre le rôle du malade, du gisant, étendu à terre, sans mouvement. Tous ces mécanismes semblent avoir pour objectif principal de conforter la distance incompressible entre soi et l'autre pour mettre à

distance cette angoisse de mort qu'il est si difficile d'assumer. Ils rendent en outre la rencontre plus difficile à s'établir en ajoutant de la distance entre soi et l'autre.

Cette analyse des mécanismes de défense permet de soulever des questions que nous laisserons volontairement en suspend concernant le choix de nos professions de soignants. Ces choix s'inscrivant dans chaque histoire de vie, ils peuvent être vecteurs, au cas par cas, d'une certaine volonté de puissance, de combativité face à l'échec que constitue la survenue de la mort... Cela est souvent majoré par l'image de sauveurs que nous pouvons parfois véhiculer pour la population générale et peut rendre l'acceptation de nos limites plus difficile.

L'analyse de ces mécanismes nous permet par ailleurs d'avancer une piste pour explorer quelle peut être notre angoisse de soignant lorsque nous sommes confrontés à la mort avérée, pour laquelle il n'existe plus aucun recours, et face à laquelle nous sommes obligés de tomber notre masque de soignant qui n'a plus lieu d'être. Nous sommes alors hébétés face à cet abîme de notre impuissance car aucun rôle ne saurait plus nous cacher la réalité crue du décès sans possibilité de retour en arrière. Nous ne pouvons plus 'faire le soignant' et dans ce cas extrême, il ne nous reste plus aucun acte technique, plus aucun rideau derrière lequel nous cacher : nous sommes alors face à notre propre solitude.

Ces quelques points exposés nous font prendre conscience de l'envahissement de la pensée par l'angoisse chez la personne soignée qui la rend moins disponible pour rencontrer le soignant qui vient à son encontre d'une part et des résistances psychiques auxquelles nous sommes soumis en tant que soignant face à ces situations d'urgence engageant le pronostic vital d'autre part. Pourtant, il nous semble important de continuer nos recherches afin que notre mission de soin soit menée de manière satisfaisante en pouvant rencontrer la personne en face de nous malgré ces difficultés. Sous la lumière des projecteurs que nous avons tentés d'allumer, les protagonistes que nous sommes doivent garder leur capacité à être ébranlés par la scène qui se déroule sous leurs yeux et à laquelle ils sont amenés à participer.

c. De l'analyse de la pitié à l'éloge de la sollicitude

Nous avons vu qu'il serait souhaitable de garder notre capacité à être ébranlé par l'autre en face de nous. Nous pouvons alors rebondir en analysant différentes façons d'être atteint par l'autre.

Saint Augustin nous propose une analyse critique de la pitié dans *Les confessions* qui peut nous permettre d'analyser celle-ci, notamment chez les spectateurs de nos interventions. Ne tenant ni le rôle du soignant, ni le rôle du soigné, ils sont témoins de cette scène et, par analogie avec les chœurs antiques dans le théâtre grec, ils présentent le contexte à leur voisins, résument les situations et ils s'affligent en contemplant les aventures tragiques qui se déroulent sous leurs yeux comme pour donner une ligne de conduite commune à l'ensemble de l'auditoire. Les commentaires fusent parfois sur ce qu'ils sont amenés à entrevoir. Lorsque Saint Augustin cherche à savoir ce qui explique cette pitié inspirée par les fictions de la scène, il découvre que cette affliction est recherchée comme source de plaisir par le public. Il écrit qu' « au spectacle du malheur d'autrui, malheur imaginaire et de tréteaux, le jeu de l'acteur me plaisait et me charmait d'autant plus qu'il me tirait plus de larmes »⁶¹ et « ce sont donc les larmes et les impressions douloureuses que nous aimons »⁶². Pour l'auteur, nous aimons éprouver de la pitié et donc ressentir la douleur qui s'y rattache. Il s'agit ici d'une sorte particulière de pitié qui est bien loin de favoriser une aide envers autrui. Elle est un phénomène pernicieux qui nous pousse à une bienveillance malveillante, c'est-à-dire à vouloir le malheur d'autrui pour pouvoir exercer notre pitié et en tirer quelque plaisir. Nous pourrions extrapoler en ajoutant que cette première phase explicative confirme la nécessité d'un isolement du public qui serait tenté par cette curiosité malveillante, malsaine de chercher quelque malheureux sur lequel s'apitoyer.

Evidemment, de cette pitié, saint Augustin nous invite à nous méfier et à mesurer l'impureté. Il faudrait pour lui en éprouver de la honte. Pourtant, il ne rejette pas toute pitié : il en est une qui ne tire pas une « pernicieuse volupté » et une « misérable félicité » du malheur d'autrui. Pour lui, il est « un devoir louable

⁶¹ Saint Augustin, *Les confessions*, Paris, Flammarion, 1964, p. 51.

⁶² *Idem*, p. 50.

de charité d'avoir de la compassion pour les malheureux »⁶³, d'en ressentir de la pure pitié, et, dans le même temps, « on préférerait n'avoir pas à éprouver ce sentiment, quand on est fraternellement miséricordieux »⁶⁴. Il explique donc que la douleur peut être approuvée parfois lorsqu'elle est compassion fraternelle envers celui qui souffre. C'est même un devoir pour lui que d'en ressentir mais elle n'est jamais désirable et à rechercher comme source de plaisir si l'on est miséricordieux. Il existerait donc une pitié, une manière d'être ébranlé, d'être sensible au malheur d'autrui plus pure et plus secourable dans le sens où elle serait tournée vers cet autre et non plus vers soi-même. Cette façon d'être atteint, touché par l'autre (qui est un devoir pour Saint Augustin), semble plus aidante et c'est celle-ci que nous allons tenter de mettre en avant pour nous aider à penser la rencontre soignante.

Dans le domaine du soin qui nous occupe, nous ne parlons pas de pitié mais plutôt de sollicitude. Sollicitude, comme le suggère Paul Ricœur, comme un « mouvement du soi vers l'autre, qui répond par l'interpellation du soi par l'autre »⁶⁵. Pour nous soignants, ce serait un élan de soi vers notre prochain qui nous pousse à une aide, un secours envers lui. Cette sollicitude s'exerce dans l'ensemble de nos professions du soin : dans nos actes de soins techniques mais aussi bien au-delà dans tous nos comportements de soignants. Il nous faut alors conserver cette capacité à être ébranlé par cet homme en face de nous pour pouvoir lui porter secours, lui apporter une aide secourable dans la situation de vulnérabilité qu'il traverse, dans le malheur qui l'afflige. Nous en sommes obligés en tant qu'homme par le fait qu'il s'agit de notre semblable et en tant que soignant par le fait que nous avons, par nos métiers du prendre soin, une responsabilité envers cet personne en demande de soins.

Or, nous allons pouvoir mettre à jour une certaine égalisation dans la rencontre grâce à l'introduction de cette notion de sollicitude. Cette bienveillance soignante qui ne peut être vue, rapidement, que comme un élan du soignant vers son prochain, n'est pas qu'un signe de la magnanimité du soignant : celui-ci aurait aussi beaucoup à gagner à faire preuve de sollicitude dans ces actions de soin. En

⁶³ *Ibidem*, p. 51.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 51.

⁶⁵ Paul Ricœur, revue *Esprit*, p. 117.

effet, nous avons souligné au début de cet exposé que la rencontre porte en elle un enjeu majeur : celui de la reconnaissance réciproque. Sous cet éclairage, si la sollicitude est cet élan qui nous pousse en tant que soignant à être interpellé par la personne en demande de soins en face de nous, l'exercice de la sollicitude est, en outre, un moyen pour le soignant d'être reconnu dans son rôle. Ce constat ne manque pas de réintroduire une certaine égalité dans la rencontre qui paraît au premier regard très dissymétrique comme nous l'avons souligné. En effet, nous avons alors tout autant besoin de cette sollicitude que la personne envers laquelle est exercée. Si la sollicitude nous amène dans un premier élan à aller vers l'autre, à le reconnaître en tant que personne, dans le même temps, par la réciprocité de la rencontre, la personne nous reconnaît comme soignant, nous crée en tant que soignant.

Si nous revenons alors sur le cheminement de notre travail, nous avons vu au début de cet exposé que la relation de soin était d'emblée dissymétrique. Cette dissymétrie nous oblige à un engagement responsable dans la rencontre, à une sollicitude envers cet homme malade. Mais, si nous analysons l'aspect réciproque de la rencontre, cela lui donne un relief nouveau et intéressant. Pour Paul Ricœur, ce n'est pas forcément faire preuve d'une grande magnanimité que de garder cette capacité à être ébranlé par l'autre, que de faire preuve de sollicitude à son égard. Ricœur nous dit que la sollicitude réintroduit, de fait, une égalité dans la relation. Dans ces rapports entre soignant et personne soignée, c'est « la capacité de reconnaissance de la supériorité qui égalise secrètement le rapport dissymétrique »⁶⁶ entre eux. Ainsi, Paul Ricœur explique que, « en sens inverse, lorsque la sollicitude va du plus fort au plus faible, comme dans la compassion, c'est encore la réciprocité de l'échange et du don, qui fait que le fort reçoit du faible une reconnaissance qui devient l'âme secrète de la compassion du fort »⁶⁷.

La rencontre comme base de la relation du soi à l'autre, telle que la conçoit Ricœur serait la « recherche d'une égalité morale par les voies diverses de la reconnaissance »⁶⁸. Non pouvons dès lors faire l'éloge de la sollicitude qui possède une vertu non négligeable : elle n'est pas uniquement grandeur d'âme d'un puissant sur un plus faible mais par le jeu de la reconnaissance réciproque,

⁶⁶ *Idem*, p. 117.

⁶⁷ *Ibidem*, p.117, 118.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 118.

dans la rencontre, chacun donne et reçoit. Elle permet de réintroduire de l'égalité et c'est en ce sens elle est très importante. Il serait alors à notre portée de faire preuve dans nos rencontres et dans nos actes de soins de sollicitude et il serait de notre responsabilité de chercher à obtenir et à préserver ce lien réciproque. Cette sollicitude comme élan de soi vers l'autre permettrait d'une part que la rencontre puisse advenir et d'autre part de rééquilibrer par la même la relation. Cette vertu à travailler serait le gage d'un certain respect vis-à-vis de la personne en demande de soin. En effet, la rencontre, comme point de départ, est ce sur quoi doit s'exercer notre sollicitude dans le respect de ce que l'autre est en train de vivre.

De plus, ce souci de l'autre est aussi souci de soi car toute relation est réciproque comme nous l'avons vu et ne pas se soucier de l'autre serait par là même être négligent envers soi-même. Et Gaston Bachelard nous aide lui aussi à formaliser cette trouvaille lorsqu'il écrit : « Alors, oui, l'être rencontré se soucie de moi comme je me soucie de lui ; il espère en moi comme j'espère en lui. Je le crée en tant que personne dans le temps même ou il me crée en tant que personne. »⁶⁹. La rencontre est réciproque et sa dissymétrie initiale s'estompe par la sollicitude qui est partagée dans le prendre soin l'un de l'autre. Il ajoute plus loin que « recevoir, c'est s'apprêter à donner »⁷⁰. Ainsi le soignant donne de lui-même dans le souci qu'il a pour le malade en face de lui, mais il reçoit aussi de la personne qui le reconnaît en tant que soignant. Ce qui fait dire à Paul Ricœur : « Il me semble que la requête éthique la plus profonde est celle de la réciprocité qui institue l'autre comme mon semblable et moi-même comme le semblable de l'autre »⁷¹. Ainsi, il incombe de prendre soin de la rencontre pour que cette égalité puisse advenir dans la réciprocité de toute rencontre. Il faut donc être vigilant quant aux conditions de possibilité de celle-ci pour qu'elle puisse se faire.

Mais il ne suffit pas de dire que c'est indispensable pour pouvoir remplir les conditions de possibilité de celle-ci et que cette rencontre possible devienne réelle. Il reste à prendre en compte tout le caractère fortuit de la rencontre et nous allons essayer de le détailler à travers l'analyse de la prévisibilité et l'éloge de l'improvisation qui va suivre.

⁶⁹ Gaston Bachelard, préface de *Je et tu* de Martin Buber, p. 13.

⁷⁰ *Idem*, p. 14.

⁷¹ Paul Ricœur, *Approches de la personne*, revue *Esprit* n°160, mars-avril 1990, p. 117.

TROISIEME CHAPITRE :

L'analyse de la prévisibilité et éloge de l'improvisation

Alors que nous avons mis à jour les conditions de possibilité de la rencontre dans le cadre spécifique de l'urgence médicale pré hospitalière, il nous faut essayer de comprendre, à la lumière de nos découvertes, s'il serait possible d'en tirer quelques lignes de conduite applicables dans nos rencontres répétées de soignants auprès de personnes nécessitant des soins urgents. Nous allons donc être naturellement amenés à nous interroger sur la prévisibilité des conditions influant sur la rencontre dans un premier temps pour savoir si nous pourrions en tirer un scénario reproductible.

Nous arriverons à mettre en avant les limites de cette conception et notre responsabilité nous poussera, reprenant la métaphore théâtrale, à faire un éloge de l'improvisation dans nos pratiques afin de sauvegarder le caractère éminemment vivant de ces rencontres soignantes et pour préserver leur authenticité. Notre autonomie retrouvée, nous pourrons alors prendre l'ampleur de notre rôle et de notre responsabilité dans la rencontre grâce à cette part d'improvisation.

I. L'analyse de la prévisibilité

Nous nous interrogeons ici sur la prévisibilité de la rencontre dans ce contexte d'urgence. En effet, dans un premier temps, nous avons mis à jour le caractère contingent de chaque rencontre pour l'homme. Cette entrée en relation avec l'autre aurait pu ne pas être et, en cela, elle est un événement humain inédit et inattendu : nul ne semble pouvoir prévoir ce qui va advenir de cette rencontre. Nous avons seulement pu mettre à jour un enjeu indispensable pour les deux hommes qui en sont acteurs : leur reconnaissance réciproque en tant que personne soignante et soignée.

Pourtant, nos recherches nous ont conduits à essayer de déterminer des éléments ayant une certaine constance dans les rencontres soignantes qui se déroulent sur la scène de l'urgence préhospitalière. Nous avons travaillé sur ces aspects récurrents pour essayer de dégager des conditions de possibilité de la rencontre dans des modalités acceptables en termes d'espace, de temps et de disponibilité des personnes. Nous pouvons donc en arriver à penser que la mise à jour de ces éléments trouvés peut être réutilisable de manière répétée pour nous aider dans nos rencontres successives à venir sur ce même théâtre. Ainsi, si nous pouvons prévoir *a minima* les conditions qui, à coup sûr, nous permettent de ne pas manquer une rencontre, nous pouvons par une attitude normée chercher à atteindre une certaine excellence dans l'entrée en relation...

Pourtant, il semble que les interactions humaines ne se laissent jamais réduire à nos prévisions éventuelles, ce que nous allons essayer de mettre à jour grâce à l'analyse qu'en a faite Hans Jonas dans *Le principe responsabilité*.

Hans Jonas, dans son ouvrage, cherche à comprendre le rôle de la théorie dans la prévision en analysant un exemple historique : celui de Lénine et de la révolution bolchevique. Il étudie cet exemple d'homme d'Etat car c'est pour lui un des paradigmes de la responsabilité (avec le parent). Lui, étudie la prévision de l'avenir à long terme voir très long terme, mais nous pensons pouvoir la rapprocher d'une prévision concernant la rencontre et ce qui peut en découler dans

la relation soignante qui la suit. Sur la scène de l'urgence préhospitalière, il s'agit de savoir si le fait d'avoir une théorie sur les conditions de possibilité de la rencontre peut permettre de les mettre en œuvre et de rendre la rencontre, qui est possible, réelle afin qu'elle aboutisse à l'établissement d'une relation de soin de qualité satisfaisante pour le formaliser succinctement. La suite du déroulement de cette prévisibilité serait de pouvoir travailler en amont pour permettre d'anticiper sur des conditions acceptables de rencontre *a priori*.

Par l'analyse que fait Hans Jonas, nous allons pouvoir développer deux points particuliers : celui du moment opportun pour l'action, que nous avons déjà abordé avec Aristote, et celui de la prévision des conséquences de cette action. Ces deux points nous semblent particulièrement utiles pour penser la responsabilité soignante dans la rencontre. Pour première distinction notons qu'alors que Lénine cherche à appliquer une théorie pour la première fois, nos déductions sur les conditions de possibilité de la rencontre s'appuient sur des observations de scènes réellement vécues à de nombreuses reprises. Nous avons alors la possibilité d'en tirer quelques déductions, ce qui n'est pas pensable pour ce marxiste. Jonas, explicite dans son ouvrage en analysant le cas de Lénine, qu'après avoir mis en avant la possibilité de prévision par la théorie des conséquences d'une action, il faut se rendre à l'évidence du constat « qu'au contraire, la théorie avait prévu tout autre chose »⁷² que ce qui est réellement arrivé. Il faut donc, à la lumière de cet exemple, bien plus s'adapter au réel, à la singularité de la situation qu'aux prévisions théoriques supposées d'une action. Cela est vrai pour l'exemple de Lénine et son application de la théorie marxiste et cela reste tout aussi vrai pour nous, soignants, dans l'application de modalités préétablies pour que la rencontre advienne et crée une relation de confiance telle qu'elle permette des soins de qualité suffisamment bonne auprès du soigné. Au lieu de chercher à avoir une vision juste à moyen terme de ce qui risque ou a des chances de se passer dans la rencontre (en prenant toute la mesure du caractère accidentel de l'un et de l'autre), il faudrait à tout moment être prêt à réviser nos lignes d'actions pour les ajuster au réel.

Hans Jonas y ajoute d'ailleurs un autre élément intéressant plus loin dans son analyse en soulignant que nous ne pouvons juger qu'*a posteriori* des

⁷² Hans Jonas, *Le principe responsabilité*, Paris, Champs Flammarion, 1998, p. 218.

conséquences d'une action et il est alors trop tard pour pouvoir juger si les choses auraient pu se passer d'une autre manière. Par ce jugement après coup, « l'homme au regard rétrospectif, qui ne peut nullement construire les alternatives historiques permettant de comparer les choses souhaitables »⁷³, doit laisser obligatoirement ces questions sur l'accomplissement avéré d'une prévision sans réponse. Ainsi, la question de savoir si ce qui est effectivement atteint est en fin de compte ce que nous avons souhaité nous (mais aussi et même surtout l'autre) de la rencontre reste toujours discutable et c'est ce qui fait la richesse des interactions entre soignants et soignés.

Les points que nous avons tentés de cerner concernant cette rencontre et les pistes envisageables que nous avons suivies restent loin de pouvoir constituer une quelconque théorisation de la rencontre soignante dans l'urgence et, face à l'utilisation trop rapide qui pourrait en être faite en vue de prévoir des modalités de rencontre, il nous semble important de passer par cette remise en cause de la prévision.

Nous en arrivons donc, au terme de cette analyse de la prévision, à l'éloge d'une nécessaire adaptation aux conditions de la réalité qui, même si nous avons essayé de les cerner de manière formelle, ne se laissent jamais réduire à quelque essai de théorisation que ce soit. Il nous faut donc nous orienter vers une autre voie que celle de la prévision par suite d'une théorisation afin que notre responsabilité soignante dans la rencontre puisse s'exercer au mieux en respectant les conditions de réalité spatiales, temporelles et humaines. Nous allons voir que le genre théâtral de l'improvisation peut nous permettre d'assumer cette responsabilité de manière satisfaisante pour l'ensemble des acteurs.

⁷³ *Idem*, p. 218.

II. L'éloge de l'improvisation

Bien plus que la prévision, l'improvisation semble convenir à la réalisation des rencontres sur la scène de l'urgence. Mais cette improvisation est loin d'être à comprendre comme un pis-aller. Elle serait l'aboutissement de la compréhension d'une nécessité absolue d'adaptabilité à la réalité dans toutes ses dimensions et l'intégration de toutes les composantes spécifiques à cette scène d'urgence pour que ce qui est rendu possible devienne réel et que notre rôle d'acteur de soin prenne toute son ampleur par une autonomisation et une responsabilité recouvrées.

Pour nous permettre de formaliser cet éloge de l'improvisation, nous allons faire un nouveau détour par la métaphore théâtrale car il nous semble que c'est bien ce genre particulier au théâtre qui semble répondre le mieux aux exigences de la scène de l'urgence pré hospitalière. Alors que la plupart des pièces de théâtre sont écrites, ont un scénario et sont mises en scène de manière très précise, le théâtre d'improvisation est un genre à part. Il possède une trame d'action avec de grandes lignes à suivre mais pas de texte pré écrit que les acteurs doivent apprendre par cœur. Les acteurs apprennent alors à se familiariser avec la globalité de leur rôle : la consistance, l'ampleur de leur personnage, leur tenue, éventuellement leur masque et le faire vivre sur scène de manière différente à chaque représentation. Ils jouent en costume mais surtout en guise de 'Pierrot', de 'Colombine' ou d''Arlequin' par exemple. Ensuite, l'enchaînement de ce qui leur arrive sur scène varie à chaque montée sur les planches mais ils incarnent leur personnage quoi qu'il arrive.

Si nous revenons à notre pratique afin de l'analyser sous cet éclairage particulier, nous voyons bien que les conditions spatiales et temporelles sont extrêmement variables et même qu'elles semblent ne jamais devoir se reproduire à l'identique. Lorsque nous partons en intervention, nous sommes unanimes pour dire que notre imaginaire s'emballé avec le peu d'éléments que nous possédons au départ. Lorsque nous recevons l'appel du service de régulation, les informations

qui nous sont transmises se résument à l'adresse exacte, au motif de recours, au sexe et à l'âge de la personne vers laquelle nous sommes appelés. Avec ces informations très succinctes, nous partons en équipe et chacun peut alors laisser aller son imagination pour tenter d'anticiper sur ce qui nous attend. « L'espace appelle l'action, et avant l'action, imagination travaille. Elle fauche et laboure »⁷⁴. Pourtant, quelle que soit la situation imaginée pendant le transport, la réalité ne se borne jamais à ce qui a pu être pensé. C'est pourquoi, lorsque la question se pose de savoir s'il serait possible d'établir une trame, un scénario comme dans une pièce de théâtre afin de pouvoir prévoir à l'avance comment arriver au mieux à rencontrer l'autre en face de nous, nous sommes dans une impasse, nous ne trouvons pas d'issue satisfaisante.

Hans Jonas nous apporte des éléments de réponse en mettant en avant les limites du déroulement pré établi d'une théorie et en prônant plutôt l'improvisation due à la nécessité d'une adaptation au réel en ayant en tête une certaine vision finale directrice. De même, il n'y a pas de prévision possible concernant la détermination du moment propice : cette occasion doit être trouvée grâce à l'intuition, à la compréhension de la réunion de la somme des conditions de possibilité mais l'évaluation de ce moment opportun reste indéniablement une aide pour la suite du déroulement de la relation. Il prend pour exemple celui du marxisme et de son application par Lénine en son temps. Cette théorie fournissait « la certitude du but à atteindre, mais non pas celle du moment de l'action en vue de sa réalisation »⁷⁵. Nous pouvons dire que nous avons apporté la preuve de la nécessité d'une rencontre effective avec la personne en situation critique en face de nous, mais que les conditions de possibilité de celle-ci ne se laissent pas saisir facilement. Reprenant l'exemple de Lénine, il nous faut en arriver à la même conclusion, à savoir une indispensable adaptation au réel qui passe plus par une improvisation que par l'application d'une trame pré établie. Encore nous faut-il apporter quelques précisions concernant cette improvisation.

Si nous reprenons l'improvisation dans son sens théâtral nous voyons qu'il existe un genre théâtral qui en a fait sa spécialité : il s'agit de la Commedia

⁷⁴ Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace*, p30.

⁷⁵ Hans Jonas, p. 218.

Dell'arte. Il s'agit d'un genre de théâtre populaire italien apparu avec les premières troupes de comédie avec masque au XVIème siècle. Cette comparaison nous semble complémentaire car elle permet d'ajouter encore d'autres éléments à la métaphore déjà utilisée du théâtre. En effet, la signification littérale de ce genre : « théâtre interprété par des gens de l'art », peut permettre par extension de nous y inclure. En tant que soignants, nous serions acteurs d'un 'art médical'. Il y aurait alors une analogie possible entre ces acteurs professionnels improvisant leur texte à partir d'un canevas (scénario réglé à l'avance) et nous, improvisant nos actions de soins, nos rencontres à partir d'un canevas 'soignant'. Alors que dans la comédie improvisée, le discours est sans cesse renouvelé et que les acteurs s'inspirent de la situation dramatique, des circonstances de temps et de lieu et font de la pièce qu'ils représentent une œuvre changeante, incessamment rajeunie, nous, soignants, nous pouvons être amenés à exercer de la même façon dans nos rôles, avec nos fonctions respectives en trame de fond mais aussi capables d'adaptation et de renouvellement infinis dans nos mises en situation réelles sur la scène critique de l'urgence. Mais l'analogie va plus loin car tout n'est pas improvisation pure par le fait que comme les acteurs nous adoptons un personnage, nous agissons en guise de médecin, d'infirmière en rapport avec nos aptitudes et nous incarnons notre rôle en nous enrichissant de différents potentiels réutilisables en fonction des situations rencontrées. Nous aurions, à l'image de ses acteurs de théâtre tout une gamme de manières d'entrée en relation prêtes, à l'occasion, à être mises en scène. Il ne s'agit pas ici de singer notre rôle mais plutôt de lui rendre sa valeur, son ampleur de diversité vivante et non figée. Alors que notre imagination nous avait fait faire fausse route avant la confrontation à la réalité, notre intuition peut ici trouver un chemin pour accéder à l'autre. Il nous faut alors nous fier à cette intuition qui n'est pas, encore une fois, un pis-aller mais qui se trouve guidée par la multiplicité de nos expériences passées.

Loin d'être une solution médiocre réalisée par dépit d'un meilleur procédé accessible, cette improvisation semble contenir toute la richesse de notre pratique. En effet, il resterait tout un champ de notre exercice en situation d'urgence non réductible à des protocoles, à des attitudes stéréotypées mais bien plus intéressant humainement qu'une simple application d'une pièce écrite dans ses moindres répliques et rejouée dans différents contextes. Cela nous laisse un

espace de liberté et d'autonomie contrôlée par notre responsabilité. En effet, il existe dans la part d'improvisation qui s'impose à nous une responsabilité très importante lorsque l'on prend la mesure des enjeux de la rencontre pour la personne en face de nous.

Dans le but d'être le plus impartial possible, il nous faut redonner de la valeur aux différents procédures et protocoles concernant les actes techniques de soin qui sont alors bienvenus par le fait que leur connaissance et leur application sans hésitation permet alors de dégager un temps précieux pour cette rencontre. Par contre, la rencontre doit, quant à elle, être préservée de toute automatisation au risque de ne pas advenir ou de perdre son caractère éminemment singulier. Ce rapport à autrui doit rester vivant et s'adapter à chaque personne.

Nous voyons donc qu'il faut alors faire preuve d'improvisation car même si les rôles de chacun sont définis par avance, la trame reste ajustable à chaque situation. Si cette adaptabilité est nécessaire à l'hôpital, elle devient indispensable à l'extérieur du fait du cadre extrêmement changeant de nos interventions.

CONCLUSION

La rencontre de l'autre est à la fois un événement d'une grande banalité car faisant partie de la quotidienneté de l'homme, mais aussi difficile à appréhender dès lors que l'on cherche à la mettre en mots, à l'expliquer.

L'analyse du phénomène de la rencontre nous amène à mettre en évidence le caractère contingent de cet événement humain, une certaine mise en scène de codes admis par tous dans sa réalisation, la fragilité dont elle est emprunte et la délicatesse nécessaire à sa bonne mise en œuvre. Au-delà de ces premières considérations formelles, l'étude nous conduit à nous interroger sur les enjeux plus profonds qui sous tendent ces rencontres sans cesse réitérées. Nous prenons alors conscience du fait que, ce qui se joue dans nos rencontres est tout aussi essentiel d'un point de vue ontologique pour l'homme que ses fonctions vitales que nous pourrions qualifier de physiologiques. En effet, c'est bien l'humanité de l'homme qui est interrogée de manière symbolique par la mise en acte de la reconnaissance réciproque et, par extension, c'est sa déshumanisation qui est à craindre si la rencontre ne trouve pas à se réaliser.

Forts de ces éléments mis à jour, notre analyse nous conduit à considérer plus particulièrement la rencontre soignante et notamment la dissymétrie qui la caractérise : celle-ci fonde, dès lors, notre responsabilité en tant que soignant dans cet événement de vie.

Notre pratique professionnelle au sein d'un service pré hospitalier nous pousse ensuite à réfléchir sur la possibilité de mener à bien cette rencontre dans l'urgence car en effet, dans ce contexte, nous sommes d'emblée peu enclins à nous pencher sur les considérations relationnelles d'une manière générale : la primauté est alors donnée à la réactivité et à l'action, aux gestes techniques et aux thérapeutiques ayant pour objectif de maintenir la vie, ce qui, d'ailleurs, est justifié. Cependant, prenant la mesure des découvertes faites concernant la rencontre, et plus spécifiquement la rencontre soignante, nous sommes dans

l'obligation morale de réfléchir sur la possibilité de réalisation de cette rencontre sur la scène de l'urgence.

Au premier regard, les contraintes spatiales, temporelles et humaines liées à l'angoisse de mort notamment qu'engendre l'urgence vitale semblent rendre impossible toute réalisation de rencontre entre soignant et personne en demande de soin. Pourtant, alors que nous analysons les conditions de possibilité de celle-ci au niveau du décor, du rythme et en termes de disponibilité pour les différents protagonistes, nous notons que certaines réponses peuvent malgré tout être trouvées pour faciliter l'entrée en relation : s'appuyer sur les ressources du décor qui entoure nos interventions comme le lieu de vie ou bien encore l'équipe soignante, rechercher le bon moment et saisir l'occasion propice pour la rencontre... En ce qui concerne les diverses contraintes concernant la disponibilité des acteurs, il semble qu'il faille avant tout garder notre capacité à être ébranlés pour être, non pas compatissants mais secourables envers l'homme face à nous. C'est le concept de sollicitude qui nous semble alors le mieux répondre à ce besoin en réintroduisant une certaine égalité dans la relation par la rencontre.

Enfin, au terme de nos recherches nous nous interrogeons sur un dernier aspect de cette rencontre soignante dans le contexte de l'urgence pré hospitalière : celui de sa reproductibilité. Nous cernons les limites de la prévisibilité concernant cet événement étroitement lié à l'humain, ce qui nous amène à faire l'éloge d'une certaine forme d'improvisation. Cette improvisation, comme au théâtre, permet de conserver le caractère éminemment vivant de cet événement si essentiel à chaque homme et de fonder notre engagement responsable en tant que soignant et même avant tout en tant qu'homme allant à l'encontre de son semblable.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Le livre de poche, classiques de la philosophie, 1992.
- Aristote, *La poétique*, Paris, Le livre de poche, les classiques de poche, 1998.
- Bachelard Gaston, *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, 1981.
- Buber Martin, *Je et Tu*, Aubier, Bibliothèque philosophique, 1992.
- Freud Sigmund, *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1971.
- Geoffroy Michel, *La patience et l'inquiétude, pour fonder une éthique du soin*, Paris, Romillat, 2004.
- Grimaldi Nicolas, *Le traité des solitudes*, Paris, PUF, 2003.
- Jankélévitch Vladimir, *Le je-ne sais quoi et le presque rien*, Paris, Seuil, points essais, 1981.
- Jonas Hans, *Le principe responsabilité*, Paris, Champs, Flammarion, 1998.
- Kierkegaard Søren, *Les miettes philosophiques*, Paris, Seuil, point essais, 1967.
- Kipling Rudyard, *Le livre de la jungle*, Paris, Folio, 1972.
- Levinas Emmanuel, *Ethique et infini*, Paris, Le livre de poche, biblio essais, 1982.
- Homère, *L'Odyssée*, Le livre de poche, Paris, 1988.
- Houssin Didier, *Maintenant ou trop tard, Sur les phénomènes de l'urgence*, Paris, Denoël, 2003.
- Marivaux, *L'île des escales*, Paris, Le livre de poche, le théâtre de poche, 1996.
- Michela Marzano, *Philosophie du corps*, PUF, Que-sais-je ?, 1990.
- Pascal Blaise, *Les pensées*, Paris, Folio classique, 2004.
- Saint Augustin, *Les confessions*, Paris, Flammarion, 1964.

- Sartre Jean-Paul, *L'être et le néant, essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, tel Gallimard, 1993.
- Sénèque, *De la clémence*, Paris, Les belles lettres, 2005.
- Sophocle, *Œdipe roi*, Paris, Le livre de poche, 1996.
- Tournier Michel, *Vendredi ou les limbes du Pacifique*, Paris, Gallimard, Folio, 1981.

Articles :

- Ricœur Paul, *Approches de la personne*, Revue Esprit n°160, mars-avril 1990, p. 115-130.

Mémoire :

- Charles Jouselin, « Se rencontrer », mémoire de Master 1 Professionnel mention philosophie pratique, spécialité éthique médicale et hospitalière, septembre 2008

Dictionnaires :

- André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, quadrige, 2006.
- Le petit Robert, Paris, dictionnaires Le Robert, 2006.