

**Université de Marne-la-Vallée
Centre de formation continue
du personnel hospitalier de
l'assistance publique de Paris**

**Master de philosophie pratique
Spécialité éthique médicale et hospitalière,
parcours professionnel
Première année**

Les sens de la fuite ou la fuite des sens

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Blanc Nicolas Armand

Année universitaire 2006-2007

**Université de Marne-la-Vallée
Centre de formation continue
du personnel hospitalier de
l'assistance publique de Paris**

Master de philosophie pratique

Les sens de la fuite ou la fuite des sens

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Blanc Nicolas Armand

Année universitaire 2006-2007

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER : POURQUOI ET POUR QUOI	3
<i>I. En un mot</i>	3
<i>II. En deux mots</i>	5
<i>III. Questions, rhétorique et éthique</i>	9
CHAPITRE DEUX : ALORS POURQUOI ?	13
<i>I. Logique</i>	13
<i>II. Le sauveur à l'impératif ou l'impératif du sauveur.</i>	16
<i>III. Référentiels et perte de la perte</i>	20
CHAPITRE TROIS : ALORS POURQUOI ?	24
<i>I. Pour cette fin c'est moyen</i>	24
<i>II. Secondaires bénéfiques</i>	29
<i>III. Inanité</i>	31
CHAPITRE QUATRE : IN OU NON OU PRE OU SUB... CONSCIENT	34
<i>I. Zone trouble</i>	34
<i>II. Refoulé</i>	37
<i>III. Freud vs Nietzsche</i>	41
CHAPITRE CINQ : VERTUS	47
<i>I. Respectueusement courageux</i>	47
<i>II. La dignité</i>	53
<i>III. Place de l'éthique</i>	58
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66

Introduction

Une des motivations les plus fréquentes pour commencer des études en éthique, vient d'observations parfois surprenantes si ce n'est douloureuses, faites sur le terrain. Ici, une expérience particulière témoignant du traitement réservé à certaines personnes du troisième âge, a engendré l'envie de se questionner. Le constat fut lourd et le désenchantement conséquent. En effet, au cours des sept années de travail comme masseur-kinésithérapeute dans un hôpital dit gériatrique, voici la prise de conscience désolante réalisée *in situ* : quand les possibilités de récupération fonctionnelle des malades étaient compromises, ils étaient abandonnés de leur rééducateur. Le terme est fort, certes, mais il est à la hauteur de la tension éprouvée par cette situation presque inimaginable. L'arrivée massive de malades étiquetés « Alzheimer » a fait émerger un besoin de suivi ; qui présentant un problème de marche, qui connaissant des difficultés à respirer, qui se plaignant de douleurs lombaires, les ordonnances commençaient à nous parvenir de plus en plus fréquemment. Une réunion eut lieu. « *Nous n'irons pas voir les vieux comme ça...* » est un concentré de ce qui se dit alors. Comme si soudain il n'y avait plus des personnes mais des tiroirs ; d'un côté nous avions les « bons vieux » pouvant remarcher et retourner à domicile, de l'autre nous trouvions les irrécupérables à leur triste sort laissés. S'il s'était agi d'un cas isolé, d'une attitude singulière, l'impact eût sûrement été moins prégnant, mais là, il nous a fallu être confronté à un consensus d'équipe, implicitement validé comme une norme. Bien sûr, dans l'histoire de l'humanité d'autres dysfonctionnements de groupes dont des plus tragiques ont déjà été observés, et pourtant, comment ne pas être dans l'étonnement, le « *thaumazein* » ?

« Ce fut l'étonnement qui poussa les premiers penseur aux spéculations »¹.

¹. Aristote, *La métaphysique*, Paris, Vrin, a, 2, p. 16-17.

Grande fut la surprise, aussi avides sommes-nous de réfléchir au sujet de cette stratégie de soins, ou plus exactement de non soins ! Cependant disons-le franchement, le lien présent avec cette histoire du passé demeure une amertume. Qui supporterait une telle attitude pour un des siens âgés ? Afin de poser ce travers en s'inspirant d'une célèbre allitération classique, osons un : « *Sait-on seulement pourquoi tous ces soignants se sauvent ?* »². Assez vite, nous réaliserons comment se pencher sur cet alexandrin est faire sans cesse la liaison entre le sens du choix d'un métier soignant et celui de cette fuite. Car c'est ainsi que nous nommons cette affaire : une fuite. Nous commencerons par faire appel à la logique et investirons dans ce but un pourquoi scrutateur. Réponses accessibles d'emblée, discours direct, nous en verrons les limites et les faiblesses. Puis nous enchaînerons par les hypothétiques bénéfiques secondaires à être dans cette fonction soignante tout en développant ce comportement. Cette fois, nous explorerons des pour quoi bien plus secrets mais non moins savoureux. Nous verrons ensuite en quoi cette attitude ressemble à un symptôme en spécifiant l'inanité de ce dernier. Vieille réponse du passé, échec du *hic et nunc*. Enfin, nous regarderons ce problème sous l'angle des vertus en devenant aussi aristotélien que possible. Le respect, le courage, la prudence et la dignité nous mèneront vers l'ultime partie de cette recherche, c'est-à-dire la place de l'éthique, non pas dans une version éthérée mais au plus près de la réalité du terrain. Le propos de cette étude n'est pas d'exprimer une rancœur ni d'être dans un jugement de valeur irréfragable, il est d'essayer de comprendre pourquoi et comment nous en sommes arrivés là, puis si sa pertinence l'autorise, de partager ces réflexions.

². L'original vers est de Jean Racine « Pour qui sont ces serpents qui sifflent sur nos têtes » *Andromaque*, acte V, scène 5, 1667.

Chapitre premier : POURQUOI ET POUR QUOI

I. En un mot

« L'homme est né lorsque pour la première fois devant un cadavre, il a chuchoté : pourquoi ? »³.

En tant qu'adverbe interrogatif, pourquoi signifie pour quelle raison, puis comme nom masculin invariable, il traduit le motif ou la cause⁴. En nous reportant aux malades nous pouvons d'emblée citer cette demande aussi légitime que fréquente : *pourquoi suis-je malade ?* (sous entendu : la faute à qui ou à quoi ?). Ici est recherchée une explication rationnelle si possible logique, permettant de poser un signifiant aussi scientifique sonne-t-il sur l'étiologie de leur pathologie. La réponse attendue commence par un parce que... Parallèlement un deuxième pourquoi vient souvent frapper à la porte des services : « *Pourquoi moi ?* » A cette épineuse interrogation, il est souvent plus de place pour l'écoute que pour la réponse dans la mesure où la maladie vient s'imbriquer dans l'histoire personnelle. En quoi suis-je partie prenante de ce qu'il m'arrive, suis-je responsable, suis-je une victime de « pas de chance » ? Passage fréquent si ce n'est obligatoire en début de parcours. Se dessine parfois l'ébauche d'une recherche de sens. Bien sûr nous pouvons généraliser et décliner presque à l'infini les différentes variantes de cette demande : *pourquoi ai-je mal ? Pourquoi me faut-il faire tel ou tel examen ?* Là encore, nous comprenons la dynamique, tout sauf l'inconnu, sauf le vide. Comme la plaie fait vivre le pansement, la réponse viendrait cautériser l'angoisse sous jacente. Oui, certes, quand cela est possible, car même en médecine, rien ne garantit l'absence du cruel : « *Nous ne savons pas...* ». Pourquoi est très souvent à la fois une recherche et un appel. Qu'en est-il maintenant du côté des soignants ?

³.André Malraux, site internet : *evene.fr, toute la culture*, Citations de [André Malraux] p. 9.

⁴. *Le petit Larousse illustré*, Paris, 2001, p. 814.

D'office la question nous brûlant les lèvres est : pourquoi cette fuite ? Avant de réfléchir aux implications et aux arcanes de cette énigme, nous allons commencer par cerner l'absurde de cette situation. Pour ce faire, évoquons les raisons les plus souvent avancées pour justifier du choix de professions paramédicales. Les substantifs employés sont le don, la solidarité, l'altruisme, la fraternité, la gratuité, la sollicitude... Ce champ lexical à connotations exclusivement positives trouve toute sa substantifique moelle dans l'expression suivante : « le bien agir compassionnel »⁵. Trois tensions se trouvent ici : le bien/le mal, l'action/l'inaction, la compassion/l'indifférence. Le contraire serait alors « la mauvaise inaction insensible ». Tout un programme mais cela va dépendre de ce que nous mettons sous action ... Choisir de devenir soignant serait donc un fait éclairé composé d'un important et noble désir d'associer une technique à un lien social. Tout va dépendre de ce que nous mettons dans technique...En retour, une gratitude et une reconnaissance ne seraient point attendues et moins encore demandées mais de l'ordre du possible. Une grande valeur s'apparentant à un « service humain vers l'humain » se ferait moteur et guide. Que de belles et nobles intentions en perspective ! Faudrait-il que nos rééducateurs soient particuliers pour se passer de telles qualités et qualificatifs ? Que ne trouvent-ils pas dans ce soin leur permettant d'exprimer toute la palette de jolis sentiments déclinés plus haut ?

Poursuivons en cernant l'incohérence de cette attitude. D'une manière très globale et approximative, posons qu'aider une personne en souffrance est un trait commun à tous les soignants. Suivant cette logique, plus grand est l'handicap, plus il est pertinent de s'occuper du malade. Conséquemment, les personnes âgées incapables de se mobiliser seules devraient réveiller, alerter, stimuler voire exciter notre fibre compassionnelle et bienveillante de rééducateur. Si ce n'est pour venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin, où est la (juste) place du

⁵. Philippe Svandra, *Nature et formes du soin, entre relation éthique et lien social*, Mémoire de D.E.A de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2002, p. 45.

thérapeute ? Comment le choix de cette profession a-t-il été réfléchi ? Comment la formation professionnelle en elle-même n'a-t-elle pas fait évoluer la réflexion sur les implications de ce métier ?

« Une pensée qui croit annuler l'obstacle en l'ignorant, avant d'en avoir apprécié, puis assimilé la résistance, refuse son propre avenir »⁶.

Tout ceci est véritablement illogique, or nous pensons que rien ne résiste à la pensée ! Alors que s'est-il passé ? (et malheureusement se passe-t-il ?) Nous devons aller au-delà d'un pourquoi, nécessaire en première intention mais non suffisant pour cerner la stratégie observée, car si nous avons bien une certitude en ce début de recherche, c'est qu'il ne s'agit pas d'un pur fruit du hasard ou d'un caprice de la génétique.

« La théorie c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne. La pratique c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi. Ici, nous avons réuni théorie et pratique : rien ne fonctionne... et personne ne sait pourquoi ! »⁷.

II. En deux mots

Délaissant notre pourquoi dont nous avons aperçu certaines limites et espérant aller plus avant que la piste incohérente vers laquelle nous a amenés notre raisonnement de « prime abord », nous allons maintenant nous centrer vers la préposition pour suivi du pronom quoi. Ainsi rédigés, ils interrogent quels buts ou en vue de quoi faire tel acte⁸, soit non plus la cause mais le motif de l'action.

⁶. Pierre Ducassé, cité par G. Hottois, *Penser la technique*, sous la direction de Thomas Ferenczi, Bruxelles, Editions Complexe, 2001, p. 28.

⁷. Albert Einstein, site internet, *evene.fr*, *op.cit.*, page 1, citation N°10.

⁸. Dictionnaire d'orthographe et des difficultés de la langue française, Livre de poche, Paris, 1987, p. 463.

« D'autre part, comme il existe une foule d'actions, d'arts et de sciences diverses, il y a tout autant de fins différentes : par exemple, la santé est le but de la médecine »⁹.

Aristote nous indique le but comme équivalent à la finalité. Celle de la médecine serait-elle alors que les patients recouvrent (tous) la santé ? Et si à ce moment là pour quoi s'opposait à pour qui ? Nous glisserions alors vers un rapport différent : « *J'ai choisi médecine afin que mes patients recouvrent la santé, à condition que cela soit possible* ». Pour qui ? Nous pressentons déjà une dualité entre la fin et les moyens. En considérant nos « vrais fuyants » de masseurs-kinésithérapeutes, nous nous permettons cette liaison où s'occuper des personnes malades n'est plus une évidence, tout du moins ne semble plus l'être, mais présente l'aspect d'une corrélation, d'une interdépendance. Nous sentons poindre un problème de contingence. La présence d'un traitement s'attache à la potentialité de récupération des personnes malades. Il s'agirait d'aller mieux pour voir un soignant, étonnant, non ?

Pour tenter d'y comprendre quelque chose, revenons aux hospitalisés en citant l'expression « bénéfiques secondaires » passée dans le vocabulaire courant. Jacques Salomé, psychosociologue pose véritablement le problème quand il écrit :

« Dans trop de démarches de compréhension et de soins, il y a confusion entre la recherche de la cause, pour expliquer, justifier la maladie et la tentative d'en comprendre le sens »¹⁰.

⁹. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Classiques de poche, 1992, p. 36. Notons que la page 50 du livre d'Aristote précité comporte cinq occurrences comprenant en vue de : « ... qu'on cherche en vue d'un autre bien...et ne l'est jamais en vue d'un objet autre que lui...ce n'est jamais en vue d'une autre chose...nous les désirons aussi en vue du bonheur...d'une manière générale en vue de quoi que ce soit autre que lui... »

¹⁰. Jacques Salomé, *Si je m'écoutais... je m'entendrais*, Canada, les Editions de l'Homme, 2004, p. 229.

Considérons le cas d'une personne présentant une fracture ou une entorse du membre inférieur. L'altération de la capacité fonctionnelle est claire, il est impossible de marcher normalement. Et si l'arrêt de travail conséquent de ce trouble mettait à l'abri d'une relation hiérarchique compliquée ? Autant nous entendons souvent les difficultés à se mouvoir, autant il est rare d'être le témoin d'une déclinaison des « bons côtés » de la maladie. Peut-être est-ce cela le « mal à dire ». Si cette mise en mots du mal vers un sens second est moins fréquente, n'est-ce pas dû à l'endroit de l'âme où se jouent ces « bénéfiques secondaires » ? La littérature nous livre un bel exemple de cette ambiguïté avec le « *Horlà* » de Maupassant ; en effet, le héros s'effraie même de ne pas voir ce qu'il voit et inversement !

« Non ce n'était pas moi ! Je le savais à n'en point douter une seconde. Et cependant je le voulais croire. Attendez. L'Etre ! Comment le nommerai-je ? L'invisible. Non cela ne suffit pas. Je l'ai baptisé le Horlà. Je me dressai, en me tournant si vite que je faillis tomber... Eh bien... On y voyait comme en plein jour... et je ne me vis pas dans ma glace. Et je regardais cela avec des yeux affolés, et je n'osais plus avancer, sentant bien qu'il se trouvait entre nous, lui, et qu'il m'échapperait encore, mais que son corps imperceptible, avait absorbé mon reflet »¹¹.

Cet homme est-il fou ou arrive t-il un tant soit peu à exprimer notre dualité ? Cet invisible lui barrant la vue, n'est-il pas une autre partie de lui-même ? Un doute s'installe, est-il vraiment conscient ? « *Je est un autre* » lui aurait dit Arthur Rimbaud, comment dites-vous ? Je est un hôte ? « *La raison règne mais ne gouverne pas* » aurait rajouté Paul Valéry. Alors comment rapporter cette hypothèse dans le « dans-là » c'est-à-dire vers notre sujet ?

Plusieurs possibilités s'offrent à nous, pour autant nous éviterons d'office les « pourquoi pourquoi » et les « pour quoi pour quoi » dans la mesure où la cause de la cause ou le but du but nous amènerait dans une spirale sans fin comme le pense Auguste Comte qui prônait nettement la supériorité du « comment ». Cependant comment ne nous convient pas

¹¹. Maupassant, *Le horlà*, Paris, Classiques de poche, 2000, p. 245-246.

puisqu'il lui est vite accolé faire... Tout autant, le mot but nous fait buter car en avoir un participe non seulement d'un mouvement actif et volontaire mais également conscient. Il nous semblerait plus juste de parler de dynamique, de stratégie ou de moteur plus profonds. Certes, nous n'irions pas jusqu'à fantasme dans ce qu'il représente une production de l'imagination tel un rêve éveillé. D'ailleurs, nous aurions probablement beaucoup de regards étonnés si nous demandions frontalement : quels intérêts avez-vous à exercer ce métier ? Les explications si tant est qu'il y en ait, seraient sûrement en deçà de la zone à investir.

« Ainsi la partie irrationnelle de l'âme paraît aussi être double... en ce sens qu'elle peut entendre la raison et lui obéir, tout comme nous déférons à la raison d'un père, à celle de nos amis, sans d'ailleurs s'y soumettre comme on se soumet aux démonstrations des mathématiques »¹².

Pour Aristote, il y aurait bien un lien avec le rationnel mais non une obéissance systématique. De toute évidence, ces objectifs non accessibles immédiatement racontent le moins racontable, traduisent les mots du silence dont la signification se met à l'abri de nos consciences. Il nous faudra constamment considérer la délicate tâche d'être sur le fil du rasoir entre le connu et l'inconnu, plutôt dans l'assertion que dans l'affirmation. Les contours des questions se profilant ici sont jusqu'où et comment pouvons-nous aller à la recherche de sens ? En outre, le devons-nous quand il ne s'agit pas du nôtre ? Nonobstant ces doutes, pour quoi nous semble le plus adéquat à questionner ces avantages secrets.

¹². Aristote, *op.cit.*, p. 73-74.

III. Questions, rhétorique et éthique

S'occuper d'êtres humains souffrants présente un sens, en amont un choix de ce métier a été fait, mais quand est-il questionné au détour d'une vie professionnelle ? Souvent un malaise et un doute sont à l'origine de la mise ou remise en questions. Si le rapport entre le positif et le négatif n'est plus aussi tranché, la cohérence à perpétuer ce travail point¹³. Ceci apparaît légitime quand un désir datant de vingt cinq ans n'est plus adapté au présent. « *Je n'aime plus ce que je fais...* » Nous comprenons l'érosion du désir, avec le temps, va tout s'en va ... Cependant, une autre expression se fait parfois entendre : « *Je ne m'y retrouve plus* », comme si quelque chose avait été perdue en chemin. Concernant les rééducateurs présents, que croient-ils qu'ils perdraient à s'occuper des personnes âgées les plus atteintes ? Est-ce une réalité, une projection erronée ? De plus, le lieu choisi n'est pas anodin. Quand nous demandons à des jeunes diplômés pourquoi ont-ils choisi de venir travailler en institution, ils citent la possibilité de formation, le statut de la fonction publique ou le temps libre mais le plus fréquemment, l'intérêt pour la collaboration en équipe domine. Or en fuyant le patient (substantif prenant ici toute son envergure) n'y a-t-il pas *ipso facto* une distance prise avec les autres professionnels intervenant au chevet de ces personnes malades ? Aussi pourquoi et pour quoi devenir soignant, pourquoi et pour quoi l'être à l'hôpital, plus encore dans un service de gériatrie ? Voyons à présent comment approcher ce problème sous un angle rhétorique afin de le mieux étudier.

Nous aurions tort, nonobstant la jouissance de paraître un tant soit peu cultivé, de parler d'oxymore. Une « pâle clarté », une « douce violence » tous ces mots opposés qui s'unissent malicieusement pour (nous) offrir un sens nouveau où l'un est frein et complément de l'autre, ne

¹³. Comme complément à cette réflexion nous précisons que la durée moyenne de cotisation à la CNRACL [Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales] pour les infirmières en 2004 est vingt-huit ans sur les bientôt quarante ans demandés pour une pension complète.

nous apportent rien ici. Même un masseur-kinésithérapeute ne massant plus peut être assimilé à un comportement aberrant, voire un euphémisme (*Moi, masser « du vieux ! »*), mais non à un oxymoron. Peut-être avons-nous alors à faire à un prolepse¹⁴ : « *Des gens malintentionnés disent que je ne vois pas tous les malades, mais je donne tout à ceux que je suis pour qu'ils puissent rentrer chez eux dans les meilleures conditions* ». (Gardons pour plus tard les malades que je suis...) Nous ne doutons pas de la véracité du propos, hélas, est-il acceptable que certains aient beaucoup et d'autres rien ? Poursuivons notre quête de qualificatifs ; sommes-nous face à un anti-syllogisme : « *Je suis soignant à l'hôpital, il y a des personnes âgées très malades, donc je n'y vais pas...* ». Là encore, non-sens prégnant. Parallèlement, quelle formule métonymique est à même de nommer ces thérapeutes sans les citer ? Des « *qui n'hésitent pas* » – à ne pas y aller, des « *rééducateurs* » – tout dans l'effort ! Finalement de la rhétorique à la philosophie, passons le pas en nous demandant si, en la matière, nous n'avons pas à composer avec de vrais sophistes dont l'intérêt spécifique pour un type précis de patients masque des bénéfices personnels sous couvert de réussite absolue de et pour l'autre. Argument pour le moins captieux lorsque nous savons qu'une articulation s'enraidit en quarante huit heures engendrant un manque de souplesse souvent générateur des douleurs importantes. « *Mais qu'importe, après tout, s'ils ne récupèrent pas, pourquoi se déplacer ?* ». Vous avez dit éthique...

Etant elle-même question de la question, ou tel le discours socratique, interrogation multiple à la recherche de plus de clarté, la réflexion éthique nous apparaît ici indispensable, non point pour s'imposer, mais, comment dire, afin d'y voir plus clair, *Lux fiat !* (que la lumière soit). Kierkegaard dans son essai « *La maladie à mort* » écrit :

¹⁴. Prolepse : figure de rhétorique par laquelle on prévient une objection, en la réfutant d'avance. Le petit Robert, Paris, 1982, p. 1543.

« Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais d'abord comprendre ce qu'il comprend ».

Nous allons venir à leur argumentation auparavant précisons qu'il n'y aurait pas de médecine digne de ce nom sans éthique, pas d'éthique digne d'elle-même sans philosophie et pas de philosophie sans la lecture des grands philosophes, donc acte :

« Il faut en outre que celui qui agit soit, au moment même où il agit, dans une certaine disposition morale. La première condition c'est qu'il sache ce qu'il fait ; la seconde qu'il le veuille par un choix réfléchi, et qu'il veuille les actes qu'il produit à cause de ces actes eux-mêmes ; enfin la troisième, c'est qu'en agissant il agisse avec une résolution ferme et inébranlable de ne jamais faire autrement »¹⁵.

Par où commencer quand nous apprécions l'écart entre une attitude plus ou moins archaïque et la production de grands penseurs ? Quand une personne hospitalisée est classée en court ou moyen séjour puis se trouve requalifiée du jour au lendemain en long séjour, c'est-à-dire devient pratiquement une résidente, elle ne voit plus de rééducateurs dont la politique est de « donner tous les moyens à ceux qui peuvent revenir à domicile ». N'est-ce pas un abandon stricto sensu ? (D'ailleurs dans l'absolu les sortants ont une chance de voir un masseur-kinésithérapeute à l'extérieur, eux...). Que peut ressentir quelqu'un à qui arrive une telle mésaventure ? Une chose est certaine, ce comportement de ségrégation, de tri, de sélection des malades est purement inacceptable. Il peut y avoir des explications, peut-être mais difficilement des excuses.

¹⁵. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, op.cit., 1992, p. 86.

« Les bons malades font confiance à la science, il s'abandonnent au protocole thérapeutique tout en voulant guérir et se battre contre la maladie... Les mauvais malades sont trop passifs, laissent faire et se laissent faire... En fait, les mauvais malades sont aussi des cas sociaux pervertissant l'idéal d'une relation dont on ne parvient guère à se détacher ! »¹⁶.

Nous allons à présent explorer un début de réponse, toujours à la recherche d'un sens à cette fuite, aussi polysémique soit-il.

¹⁶. François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Seuil, Paris, 1999, p. 207.

Chapitre deux : ALORS POURQUOI ?

I. Logique

Nous allons d'abord nous attacher au mince discours des soignants afin d'en cerner la « pertinence » puis nous verrons comment nous pouvons (nous) l'expliquer. L'argumentation presque exclusive par eux soutenue a été le manque de connaissances quant à ses pathologies nouvelles. « *Les vieux comme ça, je ne sais pas faire, je ne suis pas équipé pour...* »¹⁷. L'autre justification a consisté en la défense de l'habitude, la conservation des acquis et le statut de victime innocente inhérent à leur (re)mise en question. « *Ça s'est jamais fait, alors pourquoi c'est à moi ou à nous de commencer ? C'est pas juste !* » *Consuetudinis vis magna est*¹⁸. Face à de tels arguments, nous comprenons une réaction défensive puisque leur demander ce travail était vécu comme une agression, une offense. La réponse à leurs objections aurait dû couler de source : « *Nous entendons votre manque de formation en la matière et nous allons vous en proposer une* ». L'hôpital public (s')est doté d'un catalogue de stages professionnels édité tous les ans (dorénavant en ligne sur internet) où la gériatrie occupe une place honorable. Pourtant rien de semblable n'est arrivé. Nous constatons là un double dysfonctionnement : celui des agents et celui des encadrants. Le problème semble alors être également celui d'un système, bien qu'ici nous nous recentrerons sur les thérapeutes. Bien sûr se former, à quelque niveau que ce soit, c'est accepter d'être transformé.

« Ramener quelque chose d'inconnu à quelque chose de connu allège, tranquillise et satisfait l'esprit et procure en outre un sentiment de puissance... »¹⁹.

¹⁷. Bien sûr tout le monde ne s'exprimait pas ainsi. Les citations sont vraies, elles sont présentes afin de témoigner du fait de l'énormité du propos dans le fond et la forme.

¹⁸. La force de l'habitude est grande.

¹⁹. Emmanuel Levinas, « Une éthique de la souffrance », *Autrement, Corps et âme, épreuves partagées*, Paris, Série Mutations, n° 142, février 1994, p. 133.

Le plus étonnant a été le rapport de cause à effet : « *Je ne sais pas faire, ou je n'ai pas appris donc je n'y vais et n'irais pas* ». N'est-ce pas là un constat d'échec, un refus devant l'obstacle ? L'ignorance frottée à la collusion de la routine ne promet jamais rien de bon.

« ... alors vous avez dans le cœur, outre votre religion de la pitié, une autre religion encore, et celle-ci pourrait bien être la mère de la première : - *la religion du confort*. Ah que vous en savez peu au sujet du bonheur de l'homme, vous les confortables et les gentils ! Car bonheur et malheur sont deux frères jumeaux qui grandissent ensemble ou, comme chez vous, restent *petits* ensemble »²⁰.

Sans vouloir être tranchant et frapper du marteau tel le juge, petit voire mesquin nous semble être le terme adéquat pour qualifier l'argumentaire des kinésithérapeutes présents ce jour là. Le non est frontal, assimilable à un caprice. Pourtant Il s'est imposé par et dans sa forme en ce qu'elle disait l'union serrée de l'ensemble des soignants.

La cohésion de l'équipe peut être un choix managérial selon les circonstances (mauvais en l'occurrence). « *Tous ensemble, tous ensemble, ouais, ouais...* ». La force du refus a été validée par la soudure groupale, l'apparente harmonie des différents éléments, chacun masquant ses propres peurs par l'acquiescement des autres. Ce magma relationnel présente un schéma classique de caractéristiques sécuritaires et sécurisantes. Le risque serait grand pour quiconque oserait introduire une nouveauté, immédiatement vécue comme divergence. Immanquablement, ce dernier se verrait adjoindre une position marginale catalysant et focalisant l'agressivité des autres. Ainsi le sujet principal ne serait plus les « *vieux fous* » mais « *l'autre pas comme nous avec ses goûts bizarres* ». René Girard a bien décrit ce fonctionnement du bouc émissaire, quand une singularité questionne le mimétisme pouvant entraîner une déstabilisation de la construction identitaire. Par cette différence, le « *tous contre tous – non nous n'irons pas !* » se mue en un « *tous contre un – il y a un traître qui y va* ». Ce fonctionnement existait déjà dans la Grèce

²⁰. Frédéric Nietzsche, *Le gai savoir*, Paris, GF Flammarion, p. 275.

ancienne où les *pharmakoī*, des infortunés mendiants, étaient sacrifiés en temps de crise. Le *pharmacos* exprime bien la dualité car il signifie à la fois poison et remède...

« Si tu as en aversion les choses qui sont dans la nature et qui ne dépendent pas de toi, la maladie, la mort ou la pauvreté, tu seras malheureux »²¹.

N'est-ce pas aussi là que nous mène leur pugnacité verbale ? Les personnes les plus atteintes ne servent-elles pas à déguiser une peur et à canaliser une énergie négative ? En se focalisant ainsi, en se raidissant sur leur position, leur véritable objet de crainte est détourné, nous y reviendrons. En attendant, la violence du propos a été proportionnelle à cette stratégie d'échappement s'appuyant également sur une mystification sémantique dont nous allons maintenant décliner la subtilité.

Un fait est certain, le vieillissement de la population engendre l'accueil et l'hospitalisation des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes. Une évolution adéquate de la médecine et des thérapies paramédicales semble alors incontournable (pour autant, quand et qui prend en considération la majoration de la possible angoisse des soignants face à cette évolution ?). Pour ce faire, il s'agit de quitter la position sécurisante de la maîtrise ou du protocole prédéfini afin de gagner petit à petit une pratique plus floue, bien moins formatée. Nommons-la accompagnement, fruit du mariage entre adaptation et suppléance. Là se situe l'ambiguïté.

« Action de refaire l'éducation d'une fonction lésée par accident, action de traiter un malade afin de rétablir chez lui l'usage normal d'une fonction ou d'un membre »²².

Ainsi, selon cette définition unifiant l'ensemble des pluralités, un rééducateur est bien un professionnel cherchant à restaurer, à retrouver une antériorité fonctionnelle. Or, injustice de la vie mais réalité du « terrain », au bout d'un temps il devient impossible de revenir comme

²¹. Epictète, *Manuel, les stoïciens*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la pléiade », 1962, p.1112.

²². Le Petit Robert, Rééducation, *op.cit.*, p. 1636.

avant, de rétablir²³, quel que soit notre beau savoir expert. Nous parlions plus haut de sophisme.... Une articulation enraidie et potentiellement douloureuse n'a pas d'autre demande que d'être remise en mouvement, quand bien même la personne ne s'en servirait plus volontairement. La finalité n'est plus alors le déplacement vers un projet moteur, mais une manipulation corporelle « toute simple » comme prévention antalgique et puis aussi comme contact humain.

« Ensemble des traitements qui utilisent la mobilisation active ou passive pour donner ou rendre à un malade, à un blessé, le geste et la fonction des différentes parties du corps »²⁴.

Voilà comment se définit la kinésithérapie, n'est-elle pas plus à même de nous éclairer quand elle mentionne le don, non pas dans une notion de sacré mais dans la pertinence de l'acte en lui-même ? D'ailleurs, que nous dit la loi ?

« La masso-kinésithérapie consiste en des actes...qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles...de les rétablir ou d'y suppléer... »²⁵.

Clair assez, n'est-ce pas ? Leur diplôme est celui d'un ou d'une masseur-kinésithérapeute et non d'un ou d'une rééducateur, aussi eût-il été légitime qu'ils s'y conforment. Mais alors, ils auraient dû abdiquer les avantages inhérents à ce positionnement dont nous allons maintenant détailler les travers.

II. Le sauveur à l'impératif ou l'impératif du sauveur.

La schématisation du « *triangle de la dépendance* » innovée par Eric Berne²⁶ va nous aider à comprendre les bénéfices entre aperçus plus

²³. Un jour, un stagiaire éclairé fit ce lapsus révélateur, au lieu de dire qu'il allait *remettre sa patiente* à la marche il nous dit : « *Je vais la remettre en marche...* »

²⁴. Le petit Larousse illustré, Paris, 1999, p. 576.

²⁵. Décret d'actes de compétences des masseurs- kinésithérapeutes, n°98-879, du 8 octobre 1996, modifié le 27 juin 2000 par le décret 2000-577.

²⁶. Eric Berne, Psychiatre américain, fondateur de l'analyse transactionnelle, thérapie étudiant les modes de transactions dans la communication afin d'en épurer les « jeux » en présence.

haut. Ce psychiatre a schématisé les transactions relationnelles en une formule d'apparence simple : [Persécuter → Victime → Sauveur]. En ce qui concerne l'hôpital, nous dirions que la maladie est le persécuter, le malade est sa victime et le sauveur est le rôle pris par le thérapeute. Par exemple certains patients le disent aussi clairement : « *Merci à vous qui avez sauvé mon genou* ». Le professionnel ainsi gratifié reçoit un signe de reconnaissance fondamental à tout être humain. En même temps, puisqu'il est impossible de « sauver » des personnes âgées démentes quand bien même nous le souhaiterions, s'en vient un défaut voire un manque. De toute façon, quelle que soit la pathologie présentée par la personne en traitement, il existe un réel danger à se positionner ainsi

« Ajoutons aussi que changer de position dans le triangle permet de continuer le jeu : la victime qui se plaint accroche le sauveur. Si celui-ci au bout d'un moment ne lui accorde pas d'attention, la Victime se transforme en persécuter » « Dans le jeu : j'essaie seulement de vous aider, le rôle favori est celui du Sauveur. Toutefois, à certains moments se sentant Victime des exigences du client, le jouer passe au rôle de persécuter »²⁷.

Cette situation présente donc les inconvénients de ses avantages dans le sens où elle n'est pas fixe. Accepter de nous y laisser enfermer, revient à prendre le risque d'être un jour persécuté par l'ancienne victime c'est-à-dire le malade, ou alors de le persécuter nous-même (auquel cas la maladie pourrait devenir salvatrice)²⁸. Nous voyons bien toute l'ambiguïté inhérente à cette attitude et à quel point les soignants peuvent être piégés et se piéger eux-mêmes. Quand ils fuient, ne pensent-ils pas trop vite qu'il n'y a rien à sauver et que ce faisant, ils se sauvent tant cette stratégie est omniprésente chez eux ? Ne faudrait-il pas *illico presto* sauver le sauveur de son envie de (se) sauver ? D'ailleurs, puisque nous avons commencé à parler de bénéfiques, continuons en analysant la communication en rééducation par le biais de situations vécues.

²⁷. Jacques Van de Graaf, Manette Krack, Salomon Nasielski, *L'analyse transactionnelle*, Editions Privat, Toulouse, 1990, p. 87.

²⁸. Le biais souhaitable pour sortir de cette transaction est de toujours ramener la relation soignant-soigné dans un partage de responsabilités, fruit d'un travail réalisé en commun.

Que disons-nous à « *nos* »²⁹ malades et comment le disons-nous ? Afin d'y répondre, prenons une phrase simple et classique puis observons ce qu'elle nous enseigne : « *Tendez-moi cette jambe* » (s'il vous plaît- Nous mettons la formule de politesse entre parenthèses dans la mesure où elle perd de sa valeur dans la répétition, or une séance de rééducation est faite majoritairement d'une succession de consignes). D'emblée quelque chose saute aux yeux ou peut-être faut-il la lire plusieurs fois. Que veut et vient dire la présence de ce pronom personnel ? MOI ! Devons-nous comprendre que ce segment jambier doit être tendu pour le soignant, qu'il en attend quelque chose pour lui-même ? Si oui, quoi exactement ? La finalité du traitement n'est-elle pas d'apporter à la personne en soins tout le savoir et les conditions optimales afin qu'elle puisse récupérer (pour elle-même) au mieux ? « *Posez-moi ce talon en premier en attaquant le sol* » qu'ils disent. N'y a-t-il pas un petit débordement, un décalage de la place du kinésithérapeute dans la relation avec le malade ? L'image apparente est celle d'un décentrage du sujet, comme lorsque nous entendons : « *Le petit dernier, il m'a fait un rhume la semaine passée* ». Cette expression maternelle est toute spontanéité et l'enfant a peut-être contracté une infection pour que sa mère s'occupe de lui, mais là encore, ce n'est pas pour elle.

²⁹. Oui, dans l'absolu ils ne sont pas censés nous appartenir...

« On l'a vu, la question de l'interaction est au cœur du soin : celui-ci consiste jusqu'à un certain point en un type de relation dont l'enjeu est l'adaptabilité aux besoins du plus vulnérable. Il nous faut, à ce stade, comprendre ce qui permet une telle adaptation, laquelle constitue avant tout un travail... »³⁰.

Apprécions la différence : « *Tendez votre jambe... Posez votre talon en premier en attaquant...* ». (Nous préférons *votre* jambe à *cette* jambe dans la mesure où le pronom personnel apparaît ici à sa juste place). *Oups* ! Le soignant a disparu, du moins s'est-il mis de côté. Bien sûr, tout est dans la mesure et la tonalité. Cela nous mène alors à regarder de plus près le mode grammatical employé.

Levez, tendez, marchez, soufflez...

« Mode du verbe caractérisé par l'absence de pronom de conjugaison et qui exprime un ordre ou une défense »³¹.

Subtile tactique où ce qui n'est pas mis avant est ajouté après. Cependant avançons en notant la légitimité de ces demandes en tant que conseils d'application car elles revêtent alors un côté lapidaire éminemment pratique. Alors où souhaitons-nous en venir, où le bât blesse-t-il ? « *Fais attention en traversant la route* » -tu pourrais te faire écraser, « *Fais attention en traversant la route* » -ou tu vas t'en prendre une ! Dans les deux cas, il s'agit bien d'un impératif, du même. Quant passons-nous de l'un, prévenance, à l'autre, menace ? L'âge venant, les problèmes de compréhension se font de plus en plus prégnants, or que se passe t-il si le message arrive difficilement, s'il est peu voire pas intégré ? La consigne, à défaut d'être retravaillée, reformulée, se réitère de plus en plus fort. Au bout du compte, nous pouvons trouver un thérapeute outragé parlant avec véhémence dans les oreilles d'une personne hospitalisée : « *Mais tendez-moi cette jambe à la fin !* »³². Voilà comment nous sommes passés à un impérieux impératif, ordre de l'ordonnance. Les phrases

³⁰. Virginie Picard, « Qu'est-ce qu'un soin ? », *Esprit, les nouvelles figures du soin*, n° 321, janvier 2006, p. 86.

³¹. Le petit Larousse illustré, Paris, 1999, p. 532.

³² Si nous n'avions pas assisté à de telles scènes, nous ne nous serions pas permis de les imaginer.

suivantes : « *Je vous demande autant que possible de tendre votre jambe* » « *Je vous demanderai autant que possible...* » « *Il s'agit pour vous de tendre la jambe le plus possible* » ne sont pas des recettes miracles mais préviennent l'escalade en ce qu'elles ont de... prévenant, il semblerait que ce ne soit pas le mode à la mode en rééducation (Attention toutefois au : « *Tendons la jambe* » car sous la fusion, la confusion !). En outre, certains patients exagèrent puisqu'ils présentent une démence quand bien même relative et une surdité. Tendre la jambe ne leur dit plus rien à tous les sens du terme. Absurde de l'absurde, inanité de l'intensité, le ton peut monter vite et ce masseur-kinésithérapeute présent pensera toujours être dans son bon droit si ce n'est dans le don de soi à se rendre au chevet de tels malades. Ce détour grammatical nous livre de nouvelles interrogations : pourquoi vouloir quitter une situation de force si elle nous sied ? Quelle place faisons-nous et laissons-nous à l'autre dans la relation de soins quand nous sommes en position de lui demander quelque chose ? Certes, tout changement engendrerait une perte, sauf si ce dernier était vu sous l'angle d'une évolution dans la mesure où elle amènerait aussi des gains. Mais d'ailleurs perdre quoi exactement ?

III. Référentiels et perte de la perte

Platon utilise dans *Protagoras* le mythe d'Epiméthée (*epi* – après-coup) et de Prométhée (*pro* – pré-voyant). Le premier eut la lourde tâche de distribuer des qualités diverses aux animaux. Une fois fait, un bipède se présenta à lui or il n'avait plus rien à donner ! Bien heureusement, son frère Prométhée eut alors l'idée de dérober le feu aux Dieux pour l'offrir aux hommes. Grâce à leur conscience, ces derniers purent le maîtriser. Ne prétendons-nous pas de quelqu'un de très motivé qu'il a « le feu sacré » ? Le professionnel possède des connaissances et une potentielle réflexivité sur celles-ci. Son référentiel est basé sur ce qu'il a appris, c'est-à-dire ses propres critères et principes de travail. Concernant la rééducation, un bilan d'entrée est effectué pour tout nouveau cas notamment à l'aide de grilles chiffrées évaluant la force musculaire,

l'amplitude articulaire, l'équilibre assis, etc. Conséquemment, un protocole de soins est déduit de ces observations. Ce dernier se décline en objectifs à atteindre et en moyens à mettre en place pour ce faire. Mais que fait notre mythique héros dans cette affaire paramédicale ? Hélas pour lui, il fut puni d'avoir fait un tel cadeau aux humains, son foie servit de nourriture à un oiseau de proie. Si nous considérons la technique en masso-kinésithérapie comme étant un don fait par la déesse science ; en quoi pourrait-elle présenter un tel revers de fortune ? Autrement dit, qu'est-ce qui dans la cognition technologique peut être tantôt braise réchauffant notre nourriture intellectuelle, tantôt incendie ? Et si le rapace était en nous, dévorant de l'intérieur notre foi professionnelle ?

Avant d'approfondir ces questionnements métaphoriques, voyons comment cela peut se raisonner du côté d'un malade. Ce dernier ne possède pas de savoir spécifique même si, grâce aux nouveaux moyens d'informations tels internet, il peut obtenir moult précisions sur sa pathologie. En même temps, s'il possède un cadre de référence lui étant propre, c'est d'abord par le biais de son vécu et de son projet de vie. Le plus significatif en kinésithérapie est le stade de la marche. Prenons la situation d'une personne en phase de récupération pouvant effectuer quelques pas avec des cannes anglaises sans pour cela vouloir déjà se séparer de son fauteuil roulant. Pour elle, cette aide technique peut revêtir un sens particulier, peut-être préférera-t-elle recevoir ses visites bien calée en position assise plutôt qu'hésitante sur ses pieds. Qui sait, sinon elle-même ? Nous avons bien admis que techniquement elle était capable de marcher quelques mètres et nous comprenons aussi l'envie de son kinésithérapeute de la voir déambuler sans autre soutien afin qu'elle mette en application le fruit de leur travail. Dans l'idéal, une négociation se met en place et un compromis est élaboré comme celui d'aller debout à la salle à manger des résidents pour prendre ses repas (en dehors des heures de l'accueil des familles). Ainsi un espace faisant intersection et appartenant aux deux référentiels en présence s'ouvre. N'est-ce pas là le sel de la relation thérapeutique quand la technique est au service de

l'homme et non...? Evidemment cela suppose un positionnement non rigide, non hégémonique ou autoritaire. Cela implique aussi de revoir la théorie dangereuse : « *Je suis le professionnel, je sais ce qui est bon pour vous, donc faites-le !* ». Nous reviendrons plus tard sur le sujet de l'altérité, en attendant comment imaginer tisser ce lien avec les patients dits « Alzheimer » ?

Les déments envoient tout valser (c'est fou non !). Fi de la maîtrise, ils ne répondent même pas aux ordres simples. Fi du fantasmagique propre sur lui donnant-donnant, ils ne comprennent plus ni pourquoi ni ce qui leur est demandé. Fi des flammes du feu sacré, fadaïses ! Qu'importe les nobles buts tracés et reproductibles, ils n'en ont cure, tout cela n'est plus de leur monde. « *On ne plus rien leur faire faire à ces gens là... Il n'y a plus rien à en tirer, je perds mon temps et ma technique* ». Nous y voilà... Conclusion hâtive, erreur grave. Le malade âgé, quand bien même présentant de gros troubles mnésiques et/ou de compréhension, n'est pas dépossédé d'une interrelation. Prenons un exemple justement décliné en fiche pratique. Après une phase d'approche pertinente et patiente, massez doucement cette main ridée et anarchique, observez à discrétion, puis pincez-la un peu. Ciel, une réaction ! Mais c'est qu'il y aurait moyen d'être en contact avec (de) la vie « là-dedans » ... Grande découverte s'il en est. Le cadre de référence de la personne défaillante est autre certes, mais non nul. L'attention s'aiguise, la prise de contact s'affine puisqu'elle n'est pas évidente, confiance et patience autorisent souvent d'être accepté dans « sa bulle ». (Mais oui, ça prend du temps !). Ce soin du soin va même jusqu'à un langage des mains remplaçant les mots. Effectivement, par le biais de petits déséquilibres, les articulations et les muscles peuvent être stimulés sans pour autant passer par la commande motrice volontaire.³³ N'est-ce pas là de la compétence c'est-à-dire un savoir-faire

³³ Cette technique est une adaptation de la méthode « Bobath ». Elle fut élaborée par une physiothérapeute et un neuropsychiatre (du même nom) dans les années cinquante afin de reprogrammer une réponse musculaire à visée fonctionnelle sans pour autant solliciter la voie pyramidale (c'est-à-dire la commande volontaire, notamment lors d'un accident vasculaire cérébral puisqu'elle y est lésée) en sollicitant la voie extra-pyramidale (soit la commande non volontaire) par le biais de transferts du poids du corps alors guidés par les mains (dites : points-clés).

acquis en situation. Qui nous empêcherait de ramener ultérieurement cet apprentissage dans des services de pointe telle la réanimation (sinon nous-mêmes) ? Ne sommes nous pas alors dans la *praxis* mâtinée de *tekhné* c'est-à-dire dans une action raisonnée dont l'expérience est un savoir en lui-même ? Ainsi l'argument d'un non échange engendrant une perte de la technicité du thérapeute est caduc. Il se consume tout seul en fermant de la sorte son horizon, en n'osant pas quitter l'autoroute du soin pour l'itinéraire bis de l'adaptabilité, soit la maîtrise de ne pas tout maîtriser. Pour avancer, il faudrait s'aventurer vers la perte de la perte car en demeurant sur des acquis, comment acquérir ? Nous avons tenté dans cette première partie de reprendre les argumentations accessibles d'emblée à la conscience en expliquant les pourquoi d'une telle fuite. Pour nous, il s'agit des plus évidentes mais la prudence nous amène cependant à préciser que l'exhaustivité en une telle matière n'est jamais garantie. A venir, nous allons investir une autre piste moins palpable, comme un itinéraire bis de la pensée, en analysant de plus près les pour quoi.

Chapitre trois : ALORS POUR QUOI ?

I. Pour cette fin c'est moyen

Nous souhaitons investir un pour quoi avoir choisi ce métier afin d'arriver au pourquoi d'un tel comportement. En revanche, nous n'irons pas creuser le pour quoi de la fuite redondant avec le choix du métier. Raisonnons alors en nous rapprochant de la téléologie, soit *télé* - le but et *logos* - le discours dont voici quelques définitions :

« A) Doctrine philosophique qui considère le monde comme un système entre moyens et fins. B) Science des fins (humaines). C) Finalité »³⁴.

Mettons d'abord à plat les évidences puis ensuite procédons par tension avec la réalité. Proposer un traitement à un malade est mettre tout en œuvre pour que les objectifs fixés en commun soient atteints dans la mesure du possible, soit. Quelle serait en ce sens la fin « normale » du soin en rééducation ? Très « classiquement » nous la dirions concentrée sur le fait de chercher à restituer ou conserver les possibilités fonctionnelles. Ainsi définie, elle se déclinerait centrée sur le problème du soigné ; or, hélas... Cette explication devient ici obsolète quand nous notons un refus de soigner. Il nous faut donc démonter et interroger cette finalité thérapeutique.

« S'il est à toutes nos actions un but définitif que nous voulions atteindre pour lui-même et en vue duquel nous recherchions toute le reste...il est clair que le but commun de tous nos vœux sera le bien... »³⁵.

Le kinésithérapeute chercherait comme tout être humain le bien, non seulement pour autrui mais également pour lui-même, à cela, il n'est rien à dire.

³⁴. André Lalande, Vocabulaire technique et critique de la philosophie, Puf, Paris, juin 2006, p. 1107.

³⁵. Aristote, Ethique à Nicomaque, Paris, Classiques de poche, 1992, p. 36-37.

« Le mot qui le désigne le mieux est accepté à peu près par tout le monde ; le vulgaire, comme les gens éclairés appellent ce bien suprême le bonheur... »³⁶.

Notre éclaircur le Stagirite précise ici qu'il est une fin suprême, en ce qu'elle n'est le moyen de rien et la fin de tous les moyens, dont nous serions tous en quête : le « *bonun augurium* », que l'augure me soit favorable ! Cherchons, guettons, scrutons les signes amenant le thérapeute vers ce béat état. Est-ce d'avoir participé au processus de récupération de la personne malade ou de s'être occupé d'un autre amoindri voire cacochyme et cela indépendamment du résultat ? Un dilemme point aussitôt : quand est-il (le) (plus) heureux ? « *That is THE question !* » Oui mais alors très mal posée. (La lourdeur de ses parenthèses, celle-ci incluse, ressemblant à l'omniprésence des didascalies du théâtre Beckettien !) Que vient faire ici ce superlatif ? Il ne s'agit pas de compétition ou d'échelle de valeurs que nous sachions ! Et si... Devant cet échauffement et avant quoi que ce soit, cherchons ce que nous dit la loi.

Depuis longtemps l'arrêt Mercier fait jurisprudence :

*« Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade ... du moins de lui donner des soins, non pas quelconques ... mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ... »*³⁷.

Le généraliste ou spécialiste se doit de respecter une obligation de moyens et non de résultats. Pour autant l'ancienneté de ce texte fait que beaucoup l'ignorent ; en sus, un arrêt n'est pas une loi, fût-il de la cour de cassation. Cette double circonstance en appauvrit considérablement la portée. Parallèlement, quels en sont les inconvénients dans la pratique étudiée ici ? Repartons vers l'exemple pragmatique. Lorsqu'un chirurgien donne un délai déterminé à un

³⁶. *Id.*, p. 40.

³⁷. Arrêt MERCIER, Cassation Civile, 20 Mai 1936.

rééducateur pour récupérer tel degré d'amplitude articulaire en un nombre de jours défini, ne demande –t-il pas un résultat précis ? Ce n'est d'ailleurs pas outrecuidance que d'avoir un but bien déterminé, il s'agit souvent d'un projet réaliste dont la participation du patient actif facilite la réussite. Toutefois, mettre une personne âgée (ne comprenant pas trop pourquoi elle se retrouve là) sur un plan s'inclinant, qu'elle soit décrite comme contenue si nous parlons correctement, ou attachée et sanglée si nous sommes réalistes, est parfois difficile à réaliser, si ce n'est impossible. Non - évidemment, savoir l'amélioration de la vie via la verticalisation par l'incidence sur la peau, la digestion, la fonction rénale ou encore la respiration, ne suffit pas. Ceci engendre souvent frustrations et déceptions chez les thérapeutes. Il y a là quelque chose du renoncement vécu comme une culpabilité majeure plus encore s'ils ne se réfèrent jamais à l'arrêt nommé plus avant. Mais enfin en même temps, personne ne leur demande de se transformer en thaumaturges (sinon eux-mêmes) ou leur interdit de dire « ce n'est pas possible ». A condition cependant qu'une adaptation se mette en place et non une fuite. Le découragement, les doutes font partie du soin, oui. Se déplacer rapidement dans la direction opposée d'où se trouvent les malades, non ! Dans ce domaine, que semble nous montrer le bon vieux sens populaire ? Il met les soignants à l'hôpital puis les guérisseurs et rebouteux divers à l'extérieur, tout simplement. Venir quotidiennement en gériatrie en nourrissant le destin systématique d'une exclusive guérison engendrerait une grande souffrance qu'aucune loi ne valide. Mais alors que faire si nous ne pouvons plus faire comme nous avons appris, comment se repérer (à une lettre près ça donne réparer), où trouver notre bonheur dans de telles circonstances ? En voici une question multiple bien mieux amenée...

« Parfois ces fins sont simplement les activités elles-mêmes ; d'autres fois, outre les activités se sont les résultats qui en sortent... Qu'est-ce donc que le bien dans chacun d'eux ? N'est-ce pas la chose en vue de laquelle se fait tout le reste... Or, à notre

sens, le bien qui doit être recherché pour lui seul est plus définitif que celui qu'on cherche en vue d'un autre bien »³⁸.

Ainsi dépouillé et au bout du compte allégé, simplifié, le bien du soin serait le soin lui-même. Platon ne dirait pas mieux en émettant l'Idée ou l'essence, c'est-à-dire sa formule la plus pure ne pouvant plus être diluée. Il n'y aurait plus de mystère, le soignant étant celui dont l'acte en lui seul le rend heureux, tout en adéquation avec ses choix et principes. A quel endroit, à quel moment la fracture s'est-elle passée avec certains rééducateurs ? Peut-être d'un premier abord est-ce en partie parce que la masso-kinésithérapie suit la médecine allopathique tel le rémora... Une forte propension à une haute technicité, un morcellement de l'individu membre par membre, même symptôme local hégémonique. Mais la raison majeure nous apparaît venir d'une dérive, éternelle dualité entre contingent et nécessaire. En effet, la récupération est devenue source de base minimale pour engendrer la mise en actes. Ceci va à l'encontre de ce que pensait Kant :

« Nous avons vu que la faculté de désirer était capable d'une forme supérieure : lorsqu'elle était déterminée non par des représentations d'objets (sensibles ou intellectuels), non par un sentiment de plaisir ou de peine qui lierait des représentations de ce genre à la volonté, mais par la représentation d'une pure forme. » « La raison est donc cette faculté qui légifère immédiatement dans la faculté de désirer. Sous cet aspect, elle s'appelle raison pure pratique. Et la faculté de désirer, trouvant sa détermination en elle-même (non pas dans une matière ou un objet), s'appelle à proprement parler volonté, volonté autonome »³⁹.

Il décline l'humain comme étant capable d'une motivation extérieure à tout intérêt. Pour cela, la raison manifeste sa place et s'autonomise face aux désirs. Ironie du sort, le soignant fuyant la dépendance signe la sienne propre en se rendant esclave de (ses) représentations dominantes et dominatrices. Mais la dépendance à elle seule, n'est-elle pas productrice de souffrances ? L'alcoolique en

³⁸. Aristote, *op.cit.*, p. 36, 49, 50.

³⁹. Gilles Deleuze, *La philosophie critique de Kant*, Quadrige/ Puf, Vendôme, 2004, p. 43.

personne devrait réaliser ce qu'il n'aime pas car alors il déposerait sa bouteille et retrouverait la liberté. Etre libre n'implique pas forcément faire tout ce que nous aimons, ainsi, l'hétéronomie régnait chez les fuyards.

« Platon remarque que le tyran n'est pas libre lorsqu'il exile, emprisonne et tue, car alors il est l'esclave de ses passions »⁴⁰.

Voilà comment nous constatons une ambiguïté face à la finalité du traitement. Recouvrer un potentiel fonctionnel antérieur pour le malade était devenu une condition *sine qua non* aussi bien qu'un moyen pour le thérapeute, nous allons voir lequel.

⁴⁰. Christian Godin, *La philosophie pour les nuls*, First Editions, Paris, 2006, p. 75.

II. Secondaires bénéfiques

Pour les analystes, une culpabilité naît d'une tension entre l'amour et la haine de l'enfant pour sa mère.

« A la suite de ce sentiment de culpabilité point la réparation par le biais de l'identification et de l'amour porté à autrui »⁴¹.

Deux mots nous importent dans cette phrase, le premier est réparation. Avec lui nous abordons une notion nouvelle : celle du sauveur - sauvé. Voici l'hypothèse : il y aurait « réparation » du soignant par la « réparation » du patient. Nous serions comme des « *infirmes-hier* » à combler, presque à compléter. Un parallèle pouvant éclairer notre propos serait celui des bénéfiques secondaires précédemment évoqués. Par exemple ce traumatisme après accident du travail refusant de guérir, cette cheville de nouveau luxée, cette marche boiteuse signifiant combien il est difficile par moment d'aller vers les autres. En gériatrie, nous aurions cette femme âgée réticente à poursuivre des séances dans le sens où sa verticalité vertébrale retrouvée n'appelle plus la commisération ambiante, plus personne ne lui propose d'aide pour traverser la rue. Comment conjuguer ce phénomène du côté soignant ?

« Alors, soigner pour réparer qui ? Désir de réparation ou de compensation, réparation d'une faute, celle de n'avoir pas sauvé l'autre ; compensation d'une perte, d'un deuil, d'un manque, c'est certain »⁴².

Voilà un éclairage loin d'être majoritaire dans la littérature consultée au sujet des motivations pour un choix professionnel, d'autant que l'auteur précise : « Comme le tonneau des Danaïdes, le manque n'est jamais comblé, la blessure jamais refermée, car le déplacement du soin de soi vers l'autre empêche le sujet de répondre à ses propres besoins ». Nous serions des « soi niant » occultant désespérément une partie de leurs

⁴¹. Virginie Lepelletier, « De la culpabilité à la réparation soignante », *Objectifs Soins*, n° 123, février 2004, p. 22.

⁴². Viviane Marchal, « Soigner pour (se) réparer », *Soins*, n° 107, juillet/août 2006, p. 715.

problématiques par le biais de l'activité professionnelle. N'est-ce pas là une antinomie complète avec le don, le célébrissime don de soi ?

« Action d'abandonner gratuitement à quelqu'un la propriété ou la jouissance de quelque chose. Action de se dévouer entièrement à quelqu'un ou quelque chose »⁴³.

Gardons-nous des jugements hâtifs car tout comme la dame du troisième âge (re)sent plus qu'elle ne sait comment la santé recouvrée ne l'aide pas à conserver ses relations compassionnelles, cette stratégie de la réparation par la réparation n'est pas consciente. Est-elle pour cela inconsciente ? Nous y reviendrons, au préalable, analysons le deuxième substantif sélectionné en début de paragraphe.

Nous pensons à identification. Arriver à la réparation attendue, demande un niveau nécessaire de reflet de soi par (chez) l'autre. Le principe du massage peut nous aider à comprendre ceci puisque le touchant est touché à son tour. La main posée sur autrui par les informations qu'elle reçoit permet aussi de prendre conscience d'elle-même. Mais quelles possibilités identificatoires propose un travail avec des déments âgés ? Ce n'est pas « *du même* » qu'il nous offre, loin s'en faut ! Ces personnes malades affichent une double différence : non seulement le poids des ans se lit sur leur visage rouillé, faut-il encore qu'elles soient folles. « *Vieilles et folles, vieilles folles quoi !* ». Depuis le temps où ils vivaient dans des cavernes, les hommes ont toujours eu la même réponse face à ce qu'ils reconnaissent comme un danger : agresser ou fuir. Ici, ne pas pouvoir se mirer *peu ou prou* est vécu comme persécutant d'où le passage à l'acte non pas dans le soin pouvant se confronter au non connu mais dans l'échappée.

« ...avec le processus d'identification se joue l'indifférenciation protectrice et le besoins d'appartenance. Tout ceci équivaut à une recherche de sécurité. En effet, elle agit comme repoussoir de la culpabilité, en s'identifiant à l'autre, en étant bienveillant à son égard, le soignant se gratifie également »⁴⁴.

⁴³. Le petit Robert, *op.cit.*, p. 567.

⁴⁴. Viviane Marchal, « Soigner pour (se) réparer », *Soins*, n° 107, juillet/août 2006, p. 25.

Et encore, nous sommes bien en deçà d'imaginer une représentation réveillée par la vue de cette double altérité, car nous aurions pu supputer une mise à l'écart du « *vieux fou* » en eux ou chez eux.

Plus modestement, c'est l'étranger dont est cultivée la distance, dans sa composante « *d'alien* », de mystère tel le sable insolant de liberté coule entre nos doigts. Parallèlement, le jeunisme fait rage à un point qu'il se retrouve dans les publicités pour les protections anti-fuite des dits seniors. L'une d'elles montrait une mamy pimpante debout sur une bouche de métro, toute robe aux vents comme Marilyn Monroe dans « *Seven years itch- Sept ans de réflexion* ». Des périnéés défailants oui, mais avec une goutte de Chanel ! Comment alors intégrer celui qui décline et ne sera plus jamais comme avant s'il est sans cesse renié, dénié, caché ? (D'ailleurs une des hypothèses psychosociologiques concernant ces démences serait une stratégie afin de se mettre à l'abri loin de cette réalité ne voulant plus d'eux). La différence est déclinée en étrangeté elle-même surlignée par l'impossibilité d'imprimer une trace d'égo en une telle vision. Voilà comment la réparation est fortement compromise par le défaut d'identification. Le traitement non couronné de succès (reste à définir où nous mettons ce dernier) ne peut se convertir en moyen au service du thérapeute. Il ne peut se réparer à travers l'autre et n'essaye même pas tant il se sent différent de ce dernier. Et si le problème n'était pas le malade mais la stratégie elle-même.

III. Inanité

Commençons par nous demander où vont ces soignants c'est-à-dire le sens de la fuite dans ce qu'il montre vers où aller. Nous avons constaté qu'ils se déplacent en direction d'autres personnes âgées, des mieux, des plus « nets », des qui récupèrent.

« Les bons malades font confiance à la science, ils s'abandonnent au protocole thérapeutique tout en voulant guérir et se battre contre la maladie... Les mauvais sont trop passifs, laissent faire et se laissent faire... En fait, les mauvais malades sont aussi des cas sociaux pervertissant l'idéal d'une relation dont on ne parvient guère à se détacher »⁴⁵.

Ah, les bons et les moins bons ! Comme la vie est plus simple alors, les repères sont définis, les choses sont claires, nous savons où nous nous tenons. En même temps, adopter une attitude de retrait dans le respect d'un idéal tout en se disant thérapeute, en voilà une « bonne » solution. Comme quoi en fonction de l'angle avec lequel nous examinons les choses, les qualificatifs virevoltent comme des pièces de monnaie. Cependant et en toute franchise, la noblesse de l'acte nous apparaît pour le moins contestable. Deux pistes sont exploitables pour réfléchir à la « pertinence » de cette stratégie.

Supposons d'abord qu'ils soient en quête de même, cela signifierait une recherche de soi chez celui qui est malade. Déjà étrange, n'est-il pas ? Molière écrit dans « *Les femmes savantes* » quelque chose dans le genre.

« Quand sur une personne on prétend se régler, c'est par ces beaux côtés qu'il lui faut ressembler, et ce n'est point du tout la prendre pour modèle, ma soeur que de tousser et de cracher comme elle ».

Certes l'intérêt tendrait vers le « guéri en puissance » mais hélas, la guérison signe une évolution « en retour » dans un mouvement circulaire puisqu'il s'agit de revenir ou redevenir comme avant la maladie. Peut-être y a-t-il alors l'illusion de remonter ou d'annuler quelque peu le temps ? Cette dernière irait dans le sens du jeunisme dont nous avons parlé dans la mesure où demeurer comme avant est une réponse pour ne pas imaginer un après. L'avant présente un avantage irrévocable, il se décline en « déjà connu ». La tentative de se réparer en dehors de soi, en proposant un changement tout à la fois avancée et recul, est toutefois

⁴⁵. François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2003, p. 207.

vaine car si nous nous occupons d'un tiers pour être mieux, c'est que nous n'allions pas bien nous-mêmes. Aussi, que ferions-nous de nous retrouver comme avant ? La différence étant alors que nous n'avons pas vieilli... Ou plus exactement que nous agissons comme si. Bien sûr, ce visage ridé en face ne nous dit pas la même chose, en même temps, tant qu'il garde toute sa tête à lui, nous le tolérons. Reprenons et complétons le texte de Viviane Marchal :

« Alors, soigner pour réparer qui ? Désir de réparation ou de compensation ... Emplâtre sur une jambe de bois, souvent ».

Puis, mettons en relief une autre incongruité de ce comportement. Si le patient guérit, il nous quitte, il est en vérité rare de voir des traitements perdurer après récupération (Nous ne mentionnerons pas certains accidents du travail). Faut-il alors recommencer à zéro avec son successeur ? Nous voilà donc bien condamnés à être encore et encore à réparer tout en réparant sans ne jamais l'être nous-mêmes ! Non de Charybde en Sylla mais de Charybde en Charybde, l'embarcation n'a pas quitté le port, coincée sur les premiers récifs. Nous en deviendrions sceptiques en finissant par croire à un but secret par cette formule résumé : « *Etre réparé est ce que nous voulons vouloir, non avoir* » c'est-à-dire rester dans l'illusion de ce que cela procure. Les régimes alimentaires sont le parfait parangon de ce que nous cherchons à démontrer. Certain (es) tueraient pour être minces, mais si une silhouette élancée les jetait peut-être cruellement face à leurs problèmes avec la séduction, la sexualité, l'intimité... Il est plus « simple » de regrossir et de crier à l'injustice biologique, et ce pour tout le monde. En effet, il est parfois plus facile pour un conjoint de dire à sa femme qu'elle est ronde et ne fait aucun effort plutôt que de faire face aux regards envieux portés par d'autres hommes sur elle devant lui. Bien sûr, cette stratégie ne saute aux yeux de personne, (contrairement aux kilos), car leur source est voilée, profonde, secrète. Identique est le phénomène pour nos professionnels

dont nous allons observer de plus près où se situe la source de cette dynamique tournant en boucle.

Chapitre quatre : IN OU NON OU PRE OU SUB... CONSCIENT

I. Zone trouble

« Les éléments présents sont donc des éléments conscients, les éléments manquants sont inconscients ce qui signifie qu'il ne sont pas présents à la conscience au moment où leur présence serait nécessaire à l'apparition d'un sens »⁴⁶. Cette première approche de la psyché est simple, comme une première marche. L'auteur met en perspective la production d'une signification selon le degré de conscience. Justement le sens se faufile, il joue à cache-cache entre les différents étages de notre âme humaine, nous parvient codé, traduit sous forme de symptômes. La cure psychanalytique tente de faire le lien afin d'en extraire une cohérence par rapport à nos parcours singuliers de vie. Pour autant, nous sommes bien loin de notre sujet d'origine dans la mesure où les rêves, lapsus et actes manqués décrits comme des passerelles avec cette partie secrète de notre mental ne peuvent nourrir notre réflexion sur le pour quoi du comportement étudié.

« Cette partie de notre esprit qui échappe à l'attention de notre esprit »⁴⁷.

En supposant la présence d'une composante inconsciente individuelle et/ ou collective à l'origine de cette attitude de fuite, il ne nous appartient pas de nous en occuper car il s'agirait alors d'une analyse institutionnelle dépassant très largement nos compétences. Non pas

⁴⁶. Georges Philippe Brabant, *Clefs pour la psychanalyse*, Seghers, Paris 1970-71, p. 15.

⁴⁷. S. Fanti, *Dictionnaire pratique de la psychanalyse et de la micro psychanalyse*, Buchet/Chastel, Paris, 1983, p. 139.

l'ineptie d'une telle démarche, mais le degré de limite de la recherche en ce qu'elle respecte l'intimité de chacun.

« Contenus de l'inconscient : représentations et affects, en grande partie refoulés formant l'Image et s'élaborant en désirs et fantasmes »⁴⁸.

Nous savons très bien qu'en matière de thérapie analytique, rien ne sert d'amener quelqu'un ne voulant pas savoir, n'étant pas près ou convaincu. Alors toute une équipe...

« Nietzsche veut dire que l'homme s'enlaidit encore, quand, n'ayant plus besoin d'une instance extérieure, il s'interdit à lui-même ce qu'on lui défendait, et se charge spontanément d'une police et de fardeaux, qui ne lui semblent même plus venir du dehors. Ainsi l'histoire de la philosophie, des socratiques aux hégéliens, reste l'histoire des longues soumissions de l'homme, et des raisons qu'il se donne pour les légitimer »⁴⁹.

Autrement dit, nous ne sommes jamais mieux servis que par nous-mêmes, y compris dans les zones les plus floues. Afin de clarifier ces différentes strates de l'âme humaine et comment la connexion peut exister en leur sein, servons-nous du métaphorique iceberg (initialement exploitée par Freud) à côté duquel un homme se trouve assis dans une barque. La majeure partie de la glace est immergée, à l'air libre est le conscient. Allez vers les profondeurs, soit l'inconscient, serait abandonner progressivement la lumière du jour. Nous comprenons alors comment une bulle d'air manifestation de ce « nous enfoui » à de quoi faire tanguer l'embarcation. Nous prenons également la mesure de cette conscience pouvant subir des assauts internes dont une des défenses pourra être de se concentrer sur l'environnement comme solution factice mais opérante. En revanche, plus près de la surface la clarté passe encore, c'est le pré ou subconscient. Parfois il est possible d'y voir relativement clair, c'est-à-dire de trouver un sens à ce qui ne semble pas en avoir un d'emblée. Nous aurions pu poser ces questions directement aux rééducateurs abandonnant les personnes âgées : *Qu'est-ce qui fait écho en vous aussi*

⁴⁸. Id., p. 140.

⁴⁹. Gilles Deleuze, Nietzsche par Gilles Deleuze, Puf, Paris, 2007, p. 23.

fortement pour que la seule solution soit la fuite ? Mais êtes-vous conscients de ce que vous êtes en train de faire ? Au delà de vos arguments premiers, comment analysez-vous vous-mêmes ce très mauvais service que vous vous rendez et ipso facto offrez aux autres en brillant par votre absence ? Hélas, rappelons l'emprunte scientifique accolée à la thérapie par le corps comme un problème de « culture ». Auraient-ils pu entendre les hypothèses de bénéfices secondaires sans se sentir agressés ? Le peuvent-ils maintenant ?

Revenons à la zone nous intéressant soit celle in between :

« Mais, s'il réussit dans cette épreuve, alors il entre dans la deuxième phase et appartient désormais au deuxième système que nous décidons d'appeler le système Cs. Mais son rapport à la conscience n'est pas encore déterminé de façon univoque par cette appartenance. Il n'est pas encore conscient mais bien plutôt susceptible de devenir conscient, autrement dit il peut maintenant, sans résistance particulière, et pourvu que certaines conditions se trouvent remplies, devenir objet de la conscience »⁵⁰.

Nous nous recentrons vers cet espace « entre deux eaux » où les buts secrets soutenant l'esquive des rééducateurs seraient en partie à portée non de mains mais de mots (contentons-nous de l'écrire comme ça). Certes Freud décrivait des clivages ainsi schématisés : *Inconscient- première censure- préconscient- seconde censure- conscient*. Toutefois, défiant ces barrières, des connexions existent affichant des degrés d'accessibilité à certains souvenirs ou perceptions lointaines. La suite évidente est celle d'un lien plus ou moins ténu entre une situation faisant résonance au « plus ou moins profond en nous » et un comportement. Nous croisons de nouveau la route de l'analyse transactionnelle car elle se propose d'étudier les scénarios de vie. Comment jouons-nous et que jouons-nous dans notre existence ? Avant de travailler (sur) ces situations personnelles ou professionnelles, l'individu subit son propre mode de fonctionnement dont il n'a aucun recul. Le décodage permet de réaliser la possibilité d'autres positionnements. Pour cela, notons le céléberrissime

⁵⁰. Sigmund Freud, *Métapsychologie*, Editons Gallimard, Paris 1968, p. 76.

« jeux de rôles » où les places sont tournantes, autorisant ainsi une meilleure compréhension et approche du vécu de l'autre en mobilisant nos ressources personnelles. L'idée majeure va au-delà de l'empathie « *fourre-tout* » se résumant souvent à éprouver le tremblement de celui qui tremble... Ici il ne s'agirait pas d'accouchement mais presque de « reflorer » les esprits dans l'idée de leur offrir une nouvelle virginité loin du prêt à penser creux et systématique, là où notre psyché est multiple et fluide. Nous avons tous des blessures ou des écorchures cachées, masquées, plus ou moins secrètes mais non oubliées *in fine* non inactives ou inactivées. L'étonnement vient de la désolante constatation du présent (et devenir) de ce passé dont la réponse jadis adaptée demeure toujours « inefficacement efficace » pourtant aujourd'hui, elle règne encore dans les arcanes de notre psychologie.

II. Refoulé

« Un désir violent a été ressenti qui s'est trouvé en complète opposition avec les autres désirs de l'individu, inconciliable avec les aspirations morales et esthétiques de sa personnalité. Un bref conflit s'en est suivi ; à l'issue de ce combat intérieur, le désir inconciliable est devenu l'objet du refoulement, il a été chassé hors de la conscience et oublié... Le refoulement épargne ce malaise, il apparaît ainsi comme un moyen de protéger la personnalité »⁵¹.

En reprenant la réaction des masseurs-kinésithérapeutes face aux « mauvais malades » nous nous autorisons une analogie avec un « vieux bon » ou un « bon vieux » symptôme. Imaginons telle que décrite plus haut, une souffrance inhérente à l'histoire de chacun (en résonance avec le choix de ce métier) mais évacuée dans des zones plus floues, à l'abri de la conscience spontanée. La stratégie d'adaptation serait alors de se prémunir coûte que coûte de la réminiscence, c'est-à-dire de tout événement nous mettant en contact avec cette douleur initiale.

⁵¹. Sigmund Freud, Psychologie collective et analyse du moi, Payot, Paris 1962, p.136.

« Il est vraisemblable que la tendance au refoulement ne réaliserait pas son intention si ces forces n'agissaient ensemble, s'il n'y avait pas quelque chose de déjà refoulée, qui soit en mesure de recevoir ce qui est repoussé par le conscient »⁵².

La réaction serait sensiblement identique à celle qu'elle fut au moment de ce premier traumatisme, ici nous dirions l'évitement. Mauvais stratège, nous avons montré au chapitre précédent comment ce fantasme de réparation du soignant par le biais de la réparation du soigné est vain. Ainsi le détour symptomatique, s'il protège d'une souffrance profonde reste palliatif. Notre propos ici est d'atténuer l'écho relançant le système dans ce qu'il intervient au niveau de la sphère professionnelle. L'énergie psychique dépensée à se rebeller : « *Non, nous n'irons pas voir les vieux fous* » est subie, la colère accompagnant ce discours en témoigne. Sur quel socle se tient cette émotion négative ? Qu'est-ce qui la réveille ? Comment la canaliser autrement ? C'est ailleurs que nous souhaiterions la voir diriger, vers une prise de risque, celle de la rencontre des altérités. Nous pensons surtout à l'équipe *lato sensu*, puis également, au service de formation continue, à la direction des soins, aux groupes de paroles, aux associations, autant de ressources permettant d'investir ailleurs son temps et sa vitalité. L'échange pourrait permettre d'arrêter cette boucle infernale d'un éternel retour à la case départ comme une courroie tournant à vide. La réalité partagée désamorçe le scénario primaire. Cependant pas de solution miracle en perspective, juste commencer par se relier (étymologie du mot loi).

Si ce n'est pour travailler en équipe, quel intérêt de venir à l'hôpital plutôt que de sévir dans un cabinet où la reconnaissance financière est nettement plus gratifiante ? Comment ces différents intervenants conçoivent-ils leurs fonctions en gérontologie, ce qu'ils y trouvent, y développent en art de faire et d'être, allant bien au delà de leur formation initiale ? Les masseurs-kinésithérapeutes verraient alors à quel point communes sont leurs angoisses. Les personnes âgées démentes ou fort dépendantes invitent à la rencontre de l'équipe puisque chaque

⁵². Sigmund Freud, *Métapsychologie*, Editons Gallimard, Paris 1968, p. 49.

professionnel nourrit à leur chevet une approche et une relation particulières pouvant rétrospectivement enrichir le groupe. Ces échanges sont une ressource à nulle autre pareille puisque la tâche délicate est de partager un projet au sujet de quelqu'un ne pouvant plus l'exprimer lui-même. Cette place et cette attention faites aux divers acteurs soignants sont un acquis fondamental, transposable dans d'autres sphères (intimité incluse). Parallèlement, face aux difficultés inhérentes à ce travail singulier, pourquoi n'aurions-nous pas accès à la symbolisation et à la sublimation ? Ne serait-ce que par l'écriture. Bien sûr, existe déjà le légal dossier de soins mais qui nous empêche de déposer ailleurs nos remarques et nos doutes ? Les lettres, les mots, les phrases comme autant de traces, de marques communes et disponibles aux « nôtres » à la fois autre. Chacun possède des images et des expressions personnelles pour exprimer sa perception des malades et de la maladie, pourquoi n'en rien faire ? Pourquoi l'imaginaire serait-il exclu de l'hôpital ? C'est par son biais que nous pouvons être en contact avec une conscience « élargie ». Certes, faudrait-il encore réfléchir à la forme la plus adéquate mais est-ce plus irrecevable que cette fuite des rééducateurs ?

« Si la symbolisation fait souvent appel aux ressources du langage, elle ne se réduit pas nécessairement à la langue ; elle peut emprunter d'autres moyens d'expression, comme l'image par exemple. Il semble qu'il y ait plusieurs raisons fondamentales de tenter d'entrer dans l'exercice de cette fonction symbolique. En premier lieu, la souffrance trop grande, le poids d'une réalité trop dure déchirant l'esprit et accablant le corps, poussent l'individu à réagir en puisant dans les ressources inventives de son esprit et de sa sensibilité...La seconde raison, directement liée à la première, consiste dans la perte du sens de l'existence, le sentiment de l'absurde... »⁵³.

En même temps, échanger, n'est-ce pas accepter de (se) montrer et d'admettre des limites, voire des fragilités ?

⁵³. David Larre, Médecine et société, « *Fondements et limites de l'art médical* », Paris, 2004, Laennec n°2, p. 53-54.

Pourquoi et en quoi le regard ou l'avis d'un tiers seraient-ils gênants, par le fait même, non recherchés ? Dans l'absolu, ils pourraient être perçus comme un miroir nous permettant parfois une prise de conscience, voire une correction (quand le comportement devient réflexe, hors de toute rationalisation). Mais ce serait ne pas avoir pris la mesure exacte de l'importance de la maîtrise, osons même le dire plus crûment, de la « toute maîtrise ». Il s'agit alors de ne pas perdre le contrôle, de reproduire et d'appliquer des protocoles validés, de ceux qui « réussissent », fantasmes d'illusion technique où tout serait quantifiable, mesurable, fiable, évaluable. Peut-être est-ce le cas quand il est question d'une usine de boulons ... Au niveau de la santé, la « production de soins » aussi moderne soit-elle ne peut enlever de l'humain à l'humain dans l'intra et l'interrelation. Nonobstant les desiderata scientifiques de quelques uns, un malade âgé affaibli ne rentre pas systématiquement dans les petites cases à cocher, notamment en rééducation. Une réaction en chaîne est possible, du désintéressement à la retenue.

« Et si sa maladie me dérange au point que je ne vois plus qu'elle, l'autre est oblitéré, l'autre n'existe plus pour moi. La maladie fait écran. Je ne lui reconnais plus d'existence. Eviter la souffrance de l'autre... Il existe de multiples façons d'y échapper. La fuite physique est la plus simple et le plus radical moyen de ne plus voir ».⁵⁴

Mais oui, aberration de l'aberration, en tant que soignant la maladie nous dérange, ne faudrait-il pas nous demander alors ce qui ne va pas bien chez nous, en nous ? Nous apercevons un trait surprenant en ce qu'il ressemble fort à une immaturité signant une fermeture. Justement, quelle opportunité de la dépasser. Qu'y a-t-il derrière cette soif de maîtrise absolue ? Probablement un énorme sentiment de toute puissance dont nous allons voir maintenant comment deux grands penseurs y ont réfléchi.

⁵⁴. Frédérique Cottrel, *La souffrance de la souffrance*, Master recherche, université Marne-la-Vallée, octobre 2005, p. 57.

III. Freud vs Nietzsche

Pour le père de la psychanalyse, le stade de l'évolution psychique de l'enfant important au niveau de la maîtrise est celui où il comprend l'investissement de son entourage en rapport avec sa production de selles.

« Il en tire un double bénéfice : d'une part la rétention procure en elle-même une excitation agréable de la muqueuse anale, d'autre part le plaisir de l'expulsion s'en trouve augmenté... Quelque chose en effet lui est demandé qu'il peut accorder ou refuser : il doit se plier à des conditions de temps et de lieu qui ne coïncident pas avec les conditions qui lui assureraient le maximum de plaisir ... IL peut aussi n'en faire qu'à sa tête, en sachant fort bien à quel point cela contrarie son entourage. Il dispose ainsi d'une arme dont il ne dispose pour le moment dans aucune autre situation »⁵⁵.

Le plaisir de rétention serait la traduction d'une volonté s'opposant aux parents et plus communément à la mère, cette dernière faisant souvent la toilette du tout petit. Ne pouvons-nous pas imaginer l'institution soignante (plus encore quand les soignants sont fonctionnaires) comme la symbolique d'une « bonne mère ? ». Auquel cas, dire non au sein de l'institution dans les conditions étudiées serait comme un caprice archaïque non dépassé, la retenue étant toujours un rapport biaisé à l'autre. En conséquence, un adulte dont la stratégie psychique aurait la couleur de l'analité serait dans une position de *self control*, présenterait des facultés d'adaptation peu variables avec une possible exclusion de tout individu n'adhérant pas à son schéma de fonctionnement. Il jouirait de « nonner » mais ne saurait tolérer d'entendre un seul non à lui adressé. Naviguant ainsi dans le vouloir du pouvoir ou le pouvoir du vouloir, l'équation est simpliste : « *Quand je veux, je peux !* ». Ainsi, est effacé tout ce qui pose réellement problème et échappe à la mâchoire volontariste : le temps, la maladie incurable, la mort, l'écueil sentimental, etc. Bien sûr, tout ceci n'est qu'illusion, force d'une faiblesse ou faiblesse de la force car

⁵⁵. George Philippe Brabant, *Clefs pour la psychanalyse*, Seghers, Paris, 1971, p. 35-36.

comment éviter l'inévitable ? En outre, ce système peut se rigidifier plus avant et aboutir au stade décrit comme « sadique anal » :

« Les réactions hostiles et les sentiments de haine qui se font jour au moment de l'éducation à la propreté, s'associent à la valeur agressive et destructrice que l'enfant accorde dans ses fantasmes à la défécation... Ceci permet d'entrevoir pourquoi l'observation clinique découvre régulièrement un rapport entre le sadisme et la persistance d'intérêts et de formations imaginaires propres à ce stade du développement⁵⁶ .

Peut-être que cela prend sens dans le choix de ce métier puisque la relation à la personne âgée malade est éminemment asymétrique, plus encore si nous sommes à la verticale et elle couchée. A ce propos, nous n'avons pas encore parlé de la douleur, or certains traitements sont douloureux. Quand « *faire le mal pour le bien* », surtout de l'autre, rencontre une ordonnance au détour d'une appétence à dominer... Nous pouvons assister alors à des grands moments de soumission. Impossible chez le dément, lui ne peut intellectualiser la prétendue raison de la souffrance proposée, il la refuse et le fait souvent savoir, d'où le fameux « *Je ne vais pas perdre mon temps et ma technique* » signifiant : « *Je n'ai plus ni prise ni emprise ni puissance ici et cela m'est insupportable* ». Ainsi, tel un résidu humain, la personne malade est rejetée, « excrétée ». Après ces considérations « psychanalytiques », considérons à présent comment un philosophe a enrichi cette question.

Nous avons choisi Nietzsche car il a élaboré son propre concept au sujet de la volonté de puissance. Selon lui, la recherche du bien suprême n'est pas la finalité du genre l'humain.

« Le but n'est pas le bonheur, c'est la sensation de puissance. Il y a dans l'homme et dans l'humanité une force immense qui veut se dépenser, créer ; c'est une chaîne d'explosions continues qui n'ont nullement le bonheur pour but »⁵⁷ .

⁵⁶ . *Id.*, p. 37.

⁵⁷ . Nietzsche, *La volonté de puissance*, Gallimard, Paris, 1995, p. 234.

En cela, il se démarque du principe aristotélicien. Nous aurions comme fondement ontologique cette soif de se sentir puissant, guidant nos pas et nos actions. Puis, une autre différence peut être notée avec la théorie susnommée de Freud.

« C'est pourquoi avant tout, il faut éviter les contresens sur le principe Nietzscheen de volonté de puissance. Ce principe ne signifie pas (du moins ne signifie pas d'abord) que la volonté veuille la puissance ou désire dominer) »⁵⁸.

Cette nuance est conséquente, la volonté de puissance n'est plus pointée du doigt comme un système binaire de l'un voulant écraser l'autre.

« Nous convoitons les autres, tout ce qui existe en dehors de nous, comme on aspire à la nourriture. Souvent, il s'agit des fruits qui sont juste à point pour nous cette année-là. Faudra-t-il n'avoir jamais que l'égoïsme du brigand ou du voleur ? Pourquoi pas celui du jardinier ? Plaisir de donner des soins à autrui, comme on donne des soins à un jardin ! »⁵⁹.

Bien sûr nous pensons à Voltaire et son célèbre « *Il faut cultiver son jardin* » comme une métaphore de la nourriture intellectuelle. Se nourrir des autres dans une réciprocité comme un fin gourmet en non comme un boulimique dont la stratégie d'échec (encore une ou la même ?) est le « toujours plus » pour finalement être « plein de vide ». Mais alors, comment ceci bascule-t-il dans le négatif ? Nietzsche décrit une dualité entre des forces actives affirmatives et d'autres réactives :

« Car la volonté de puissance fait que les forces actives affirment... Mais le propre des forces réactives, au contraire, est de s'opposer d'abord à ce qu'elles ne sont pas...Partout nous voyons le triomphe du non sur le oui, de la réaction sur l'action...Nous ne comprenons même plus ce que signifie agir. Cette victoire commune des forces réactives et de la volonté de nier, Nietzsche l'appelle nihilisme... Quand le nihilisme triomphe, alors et alors seulement la volonté de puissance cesse de vouloir dire créer, mais signifie : vouloir la puissance, désirer dominer... »⁶⁰.

⁵⁸. Gilles Deleuze, *Nietzsche par Gilles Deleuze*, Puf, Paris, avril 2007, p.24.

⁵⁹. *Id.*, p. 227.

⁶⁰. *Ibid.*, p. 25-26-27.

Revenons à notre sujet en captant la fuite des rééducateurs comme un trait réactif de l'ordre d'un déni. L'autre est si peu considéré, la simple rencontre lui est refusée. La vie dans ce qu'elle a de plus basique c'est-à-dire l'élan, est parasitée par ce comportement ne permettant qu'une reproduction technique balisée. La formule : [agir - réfléchir / réagir - reproduire] concentre notre propos. Ni *praxis*, ni *tekhnè*, répéter le geste n'est pas conçu pour le parfaire mais afin de demeurer dans du « connu », du « maîtrisé » ou tout du moins fantasmé comme tel. En cela, il y a quelque chose d'éminemment machinal posant une question éthique, celle du « formatage » humain. La beauté du métier de masseur-kinésithérapeute est justement l'alchimie entre un savoir expert associé à une double singularité, celle du soigné et celle du soignant. Au-delà de cette spécificité dite « exercice de l'art », nous sombrons vite dans le ridicule raccourci consistant à dire qu'afin de se remettre en position debout, une personne a surtout besoin de bonnes cuisses. Sophisme *ter repetitas* ! Des quadriceps sont nécessaires mais non suffisants. Pour se relever, faut-il d'abord et encore avoir envie d'aller vers les autres. Nous démontrons ici les limites de la force pour la force et de la schématisation d'un être humain quand n'est pas respectée son entité somato-psychique. Alors, entre Sigmund et Friedrich, où va notre choix ?

En reprenant les deux paragraphes précédents nous avançons une préférence pour le concept décrit par Nietzsche puisqu'il implique une action et non une rétention.

« La volonté d'accumuler de la force est un caractère spécifique du phénomène de la vie, de la nutrition, de la reproduction, de l'hérédité, de la société, de l'Etat, des mœurs, de l'autorité. Ne serions-nous pas autorisés à admettre que cette volonté est une cause motrice, même en chimie ? »⁶¹.

De plus, cette puissance ne demande qu'à s'accroître et pour ce faire, ne refuse en rien les obstacles, elle n'esquive pas la tension :

⁶¹. Nietzsche, *La volonté de puissance*, *op.cit.*, p. 230.

« Qu'est-ce que le plaisir, sinon l'excitation de la sensation de la puissance, causée par un obstacle... Pour que le plaisir devienne très grand, il faut que les douleurs soient très longues et la tension de l'arc inouïe »⁶².

Une métaphore animalière adéquate à la situation serait celle opposant la fourmi à l'araignée. La première est une travailleuse, elle va loin de « chez elle » chercher le matériel dont elle a besoin pour vivre et survivre. Aussi petite soit-elle, rien ne l'effraie ! Elle n'hésite pas alors à soulever des charges équivalentes à trois fois son poids comme autant de défis à la pesanteur. Par ailleurs, point du tout ne rechigne à travailler en équipe, des milliers d'entre elles peuvent venir à bout d'un géant. La seconde quant à elle, tisse une toile sortie de son propre corps comme « auto produite », remarquable composition, puis elle attend. Ainsi vit-elle sur ses réserves, confectionnant un piège dont elle est elle-même dépendante pour se nourrir. Elle n'a que faire des autres de son espèce, qu'ils ne viennent d'ailleurs pas trop près de ses filets. Pas sociable l'animal ! Ainsi nous autoriserons-nous d'imaginer les masseurs-kinésithérapeutes comme arachnéens, tandis que nous les souhaiterions un peu plus « fourmiphiles ». Comment pouvons-nous (nous) expliquer leur choix ?

« Dans notre vie adulte, ce sont nos rêves ou nos fantasmes qui nous permettent de nous approcher au plus près du souvenir de nos premières années. Et à moins de prendre du temps pour travailler et découvrir notre scénario, nous risquons de rester inconscients des décisions que nous avons prises enfants, même si nous les dévoilons dans notre comportement »⁶³.

Nous supposons en effet un problème de « scénario ». Comme évoqué précédemment l'identification au même est projetée sur la personne hospitalisée dont l'état témoigne d'une certaine régression. Pourquoi cette projection ne se fait-elle pas sur un autre soignant de l'équipe ? Pourquoi s'identifier à la pathologie plutôt qu'à la verticalité ?

⁶². *Id.*, p. 232.

⁶³. Ian Stewart, Van Joines, *Manuel d'analyse transactionnelle*, Dunod-InterEditions, Paris, 2005, p. 127-128.

C'est dans le lien à l'autre « en santé » que se passe la distorsion dans le sens où cette position archaïque montre quelque chose ne voulant pas croître, ne souhaitant pas aller mieux, comme si le plaisir n'était pas d'être réparé mais de demeurer à être réparable. Ainsi quid de la réparation de la réparation (du soigné) par la réparation (du soignant). Nous pouvons supposer là un sens profond de la fuite des sens : garder un bénéfice ancien et inconscient comme une trace de l'enfance refusant de se mirer dans le dernier âge en ce qu'il peut lui renvoyer une impression de ce temps révolu mais non mort, celui où le risque majeur était de grandir. Maintenant, afin de compléter notre réflexion en nous rapprochant de ceux qui aiment la sagesse, nous allons étudier la situation en la confrontant aux vertus.

Chapitre cinq : VERTUS

I. Respectueusement courageux

Après avoir analysé le pourquoi / pour quoi d'un tel comportement, proposons maintenant un autre angle de vision. Un proverbe populaire prétend que pour nettoyer un escalier il faut commencer par la marche du haut. Nous allons suivre ce conseil et nous attacher d'abord au plus évident, en cela nous pensons au respect. N'est-il pas pour tous les hospitaliers (comme hospitalité ?) le minimum du minimum ? Dans l'étymologie de ce substantif, *respicio*, il y a l'idée de regarder, non pas pulsion scopique mais lien visuel. En prenant la fuite, ces rééducateurs en offrent un défaut, en retour ils s'auto-privent d'un contact visuel multiple comme autant d'occasions ratées d'être vus donc reconnus, tant des personnes soignées et de leur entourage que des équipes. Grande est la faille. Ainsi cette dynamique de regard fuyant aurait nécessité un recadrage puisque tout le monde y perd. Eût-il fallu alors les protéger d'eux-mêmes en les positionnant clairement d'une façon déontologique. En effet, si la relation de soin peut donner l'illusion d'une position de domination, elle implique pareillement un devoir, celui de porter attention à plus démunis que soi.

« La non indifférence à l'autre et à sa douleur est un élément essentiel. Cela est à la fois la responsabilité pour l'autre et la source de la responsabilité pour l'autre. En d'autres termes, c'est la source de la sociabilité »⁶⁴.

Cette dépendance n'est pas systématiquement interdépendance notamment lorsqu'il y a pertes de repères et distance avec la réalité normée, comme cela arrive souvent avec les déments. Asymétrie de l'asymétrie, si le thérapeute doit se mettre en quête du « bien » pour la personne qu'il traite, l'inverse n'est pas vrai.

⁶⁴. Emmanuel Levinas, « Une éthique de la souffrance », *Autrement, Corps et âmes, épreuves partagées*, Paris, Série mutations, n°142, février 1994, p.133.

« Mais le bien, la perfection pour chaque chose varie suivant la vertu spéciale de cette chose. Par suite, le bien propre de l'homme est l'activité de l'âme dirigée par la vertu »⁶⁵.

Est-elle là la vertu spéciale du thérapeute, le fait de ne pas attendre en retour un sentiment d'égalité ou d'équité et pour autant, ne pas s'enfuir ? En conséquence, le bonheur du thérapeute ne saurait venir d'un tri de ses patients dans la mesure où ce dernier ne peut être qualifié de vertueux ! Mais alors quelle stratégie interne cela prend-il de soumettre à sa vision des personnes âgées déclinantes ? Nous avançons du courage, telle que décrit par le grand maître péripatéticien, soit la juste distance entre la témérité et la lâcheté. Y aller frontalement dans le projet hégémonique d'une guérison nécessaire ou s'y soumettre encore et encore dans le but de satisfaire une toute puissance compassionnelle, (comme auparavant les riches avaient « leurs pauvres ») voilà pour le premier excès. Du côté défaillant maintenant, le champ lexical parle de lui-même : l'échappement, l'évitement, l'esquive, la tangente, la fuite... Alors où est le « juste courage » face à la maladie ? Il demanderait un petit « supplément d'âme » ayant les qualités d'une colonne vertébrale interne (pardon pour le pléonasme) tout à la fois soutien et souplesse, statique et mobile, qui plie mais ne rompt pas. Mais ne part pas. Elle tangué sous les assauts des difficultés et revient à sa position naturelle, verticale. Un soignant digne (de ce nom) est celui qui avancerait toujours tel un équilibriste, malgré et grâce à la somme de ces déséquilibres.

« En fait d'honneurs ou de gloire et d'obscurité, le milieu c'est la grandeur d'âme ; l'excès en ce genre s'appelle, si l'on veut, l'insolence, et le défaut la bassesse d'âme »⁶⁶.

Pour le moment, nous avons surtout noté un « *courage fuyons* » avec lequel il est aisé de tisser un autre lien.

⁶⁵. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Classique de poche, Paris, 1992, p. 53.

⁶⁶. *Id.*, p. 96.

Ah l'angoisse ! Non pas une peur, une crainte, une appréhension mais un viscéral sentiment chevillé au corps sans la moindre cause à l'horizon. Comme une plongée au plus intime de l'homme et de sa condition, celui quittant la réalité par le biais de délires ou même d'un syndrome de glissement, nous rappelle (à) notre fragilité. Sa vue rend présente l'absence de réponses rationnelles face aux questions ontologiques : qui sommes-nous ? Où allons- nous (une fois mort) ? Pourquoi la vie ? Tout cela a-t-il un sens ? Le mourant « en puissance » dans l'outrecuidance de sa vitalité perdue et encore à perdre, vient nous chercher là où la douleur est exquise puisque nous ne pouvons en identifier ou en décrire ni le lieu, ni l'origine. (Pourtant venant du grec *ou* – non et *topos* – lieu, le non lieu est l'utopie définissant un plan ou un pays imaginaire). Le latin *angustia* – étroitesse et le grec *agônia* – le combat, disent le resserrement comme nous le ressentons dedans, au plus profond de nous, tort boyaux non conceptualisable, limite du signifié. A cela, il n'est rien à faire, se battre est vain. Ne pas vouloir voir (qu'il n'y a rien de visible) fait-il disparaître la tension ? Que nenni. Alors bien sûr il est plus « simple » de s'en prendre à ce que nous avons sous la main, ainsi l'arbre est à la forêt ce que le souci est à l'angoisse, repérable par ses motifs. Pourtant et plus concrètement, le problème n'est pas tant le contact ou la présence de la personne âgée décrépie, mais la vibration intérieure par leur biais réveillée puis comment nous nous en débrouillons. Avouons-le, la fuite est raide et la rigidité sied mieux aux cadavres ! Nous saisissons ici l'occasion d'inverser la tendance et d'écrire à quel point est-ce une chance d'avoir au cours de sa carrière un travail au contact de patients dont la récupération est aléatoire. Même pour un masseur-kinésithérapeute, surtout... Métier de l'agir, de l'action, du faire et du faire faire, il lui manque souvent un mouvement plus subtil.

« Seul connaîtra la joie, celui qui ne fuira pas l'angoisse : joie et angoisse sont les deux faces d'une même médaille ! Fuir l'angoisse, c'est manquer la joie. N'est-ce pas ce que Pascal disait ainsi que Heidegger, quoiqu'en un tout autre sens ? Pour l'auteur des

Pensées c'est par le divertissement que l'homme tente d'oublier son angoisse, pour celui de Sein und Zeit c'est par le bavardage »⁶⁷.

Pourquoi se priver de nuances ? Ainsi ces rééducateurs n'ont peut-être pas suffisamment regardé le corps de leurs patients, voire le leur. Le plus difficile n'est pas la contraction. L'exemple le plus parlant est celui de se serrer la main. En faut-il de la juste mesure pour que cela ne soit ni trop fort ni trop mou ; si agonistes et antagonistes du mouvement sont contractés tout ensemble, plus rien ne bouge ! Sans cette action concomitante, sans cette harmonie entre freinateurs et accélérateurs, rien n'est possible. Trop de tensions... Comment traverser l'angoisse, nos angoisses sans les surseoir et les rigidifier en une peur d'avoir peur ? Nous dirions dans l'oxymore effort de se relâcher, celui permettant de se relier à soi et aux autres d'humaine condition. Ainsi les énergies physique et psychique ne sont pas dépensées à la résistance mais adaptées et adaptables, maîtrise de la maîtrise vers le laisser-aller et non le laisser tomber. Combien de temps nous faut-il pour apprendre à tenir debout, pour automatiser la somme de réactions opposées indispensables à notre équilibre ? Cependant nous ne sommes pas à l'abri de trébucher, et alors, cela nous empêche-t-il de marcher ? Il serait temps et question qu'il en soit de même « dedans ». La puissance du relâchement comme l'actif du passif. Mais si tout cela était trop « féminin » pour nos « scientifiques » ? Là est un autre sujet, revenons à nos vertus asexuées.

« Quant à la prudence, on peut en prendre une idée en considérant quels sont les hommes qu'on honore du titre de prudents. Le trait distinctif de l'homme prudent, c'est, semble-t-il, d'être capable de délibérer et de juger comme il convient sur les choses qui pour lui peuvent être bonnes et utiles, non pas à quelques égards particuliers... »⁶⁸.

Ici la prudence n'est pas liée au fait de faire attention mais plutôt à celui de la rationalisation engendrant une délibération double, inter et intra subjective. L'hôpital est identique à tous les lieux où prend place une

⁶⁷. Eric Fiat, *Master mention philosophie pratique*, Université Marne-La-Vallée, cours 2006-2007, « De l'angoisse, partie IV, Positivité de l'angoisse ».

⁶⁸. *Id.*, p. 243.

activité c'est-à-dire qu'il est générateur de difficultés et de conflits. En effet, notre petite organisation peut être dérangée et remise en question par moult facteurs externes auxquels il nous faut faire front. Ceci n'est pas éteindre le feu sous la marmite, au contraire, ceci est le feu en lui-même ! Comment nous nous concertons, comment nous répondons non seulement en suivant un protocole mais en instillant un peu de notre réflexion, de notre âme, voilà en quoi la prudence vient à (en) nous.

« L'homme dont on peut dire qu'il est de bon conseil est celui qui sait trouver, par raisonnement, ce que l'homme peut réaliser de meilleur dans les choses soumises à son action »⁶⁹.

Après le pourquoi / pour quoi, nous voyons comment se construit une identité au travail. Aussi, en fuyant la difficile tâche de s'occuper de malades dont la récupération est contingente, les rééducateurs se privent de situations développant et sollicitant des ressources personnelles et relationnelles.

« Ainsi tout le monde semble avoir deviné en quelque sorte que ce mode d'être qui est conforme à la prudence, est la vraie vertu »⁷⁰.

Là où d'emblée était supposé un « terrain miné », une créativité individuelle et collective peut naître. Ce « mode d'être » au travail est cohérent en ce qu'il traduit la vie dans toute sa disparité et ses surprises. Pour cela, faut-il encore quitter par moment la facilité de la satisfaction immédiate. Schopenhauer disait que le désir est comme un pendule oscillant entre le manque et l'ennui. N'est-il pas ennuyeux de tout contrôler et d'appliquer toujours les mêmes techniques ? (devenant *ipso facto* des recettes). En outre, cela prend aussi de la frustration pour avancer car le confort est source de stagnation. Alors oui, les masseurs kinésithérapeutes de ce sujet peuvent être qualifiés d'intempérants dans le sens où ils se soumettent à leur « plaisir rapide » au point d'en devenir

⁶⁹. *Ibidem.*, p. 250.

⁷⁰. *Ibidem.*, p. 267.

« ségrégationnistes » et nous pensons sincèrement que cela est par absence de raisonnements.

« L'intempérant se laisse emporter par sa passion, tout en sachant que ce qu'il fait est coupable ; l'homme tempérant, au contraire, qui sait que les désirs dont est assiégé son cœur sont mauvais, se défend d'y céder, grâce à la raison »⁷¹.

Nous avons déjà mentionné l'intérêt du travail auprès des personnes âgées dépendantes, nous y ajoutons un développement possible et souhaitable de la sensibilité à des gratifications différentes. Quand une dame d'un certain âge, « étiquetée » comme démente ne parlant plus qu'un charabia incompréhensible, se rassoit après que vous l'avez aidée à marcher, vous regarde dans les yeux quelques secondes et vous dit : « merci », nous sommes alors dans la joie au sens d'une émotion allant bien au-delà du prévisible. Il en est de même lorsqu'une personne aux bras verrouillés sur elle-même les ouvre soudainement pour faciliter son passage du lit au fauteuil, cadeau pour une approche l'ayant respectée intégralement. Eclair de vie dans un ciel sombre, mais rai qui perdure. Le meilleur et le moins bon, tout peut être réveillé en nous à partir du moment où nous en délibérons dignement.

⁷¹. *Ibidem.*, p. 271.

II. La dignité

« Partout on semble pressentir que c'est dans le dénuement que l'humain se révèle le plus clairement et impose aux consciences sa noblesse propre – celle de son être, non de quelque avoir. Chez les anciens Grecs, la parole du vieil Œdipe, aveugle et en haillons, pratiquement abandonné, l'exprime on ne peut mieux : c'est donc quand je ne suis plus rien, que je deviens vraiment un homme »⁷².

Nous voyons par cette projection dans le passé comment la dignité humaine se pose déjà comme sujet paradoxal puisque c'est dans la déchéance, physique et sociale qu'Œdipe se sent devenir un homme.

« En inde, les lois de Manu, d'origine ancienne, déclarent sans ambages : les enfants, les vieillards, les pauvres et les malades doivent être considérés comme les seigneurs de l'atmosphère »⁷³.

En cela nous ne sommes pas indiens... Poursuivons et constatons comment une autre notion vient marquer de son sceau la tragédie de l'humanité.

« Car le malheur quand il a dépassé toute borne, nous donne le sentiment du sacré. Il semble que les dieux, quand ils ont totalement écrasé l'homme, et qu'ils le voient porter sa dignité dans l'infortune, soient pris d'une sorte d'admiration. Alors cet aveugle, ce mendiant, leur devient cher, et ils finissent par le glorifier... »⁷⁴.

Le sacré s'inscrit dans le digne trait du souffrant faisant plier les Dieux (mais non les rééducateurs !). Pour Schopenhauer, il y a un plaisir à la tragédie comme catharsis, ne confinant pas seulement au beau mais au sublime. Nous sommes touchés précisément là où nous nous ressemblons tous, à savoir dans la proximité du malheur avec laquelle nous devons vivre. Puis de sublime à sublimer, de souffrir et voir souffrir à soigner, vient le positif du négatif. Se crée un mouvement ascensionnel. Plus la vie stagne dans des « *miasmes morbides* » (comme aurait dit

⁷². Thomas de Koninck, *La dignité humaine*, Puf, Paris, 2005, p.17.

⁷³. *Id.*, p.16.

⁷⁴. A.J. Festugière, *De l'essence de la tragédie grecque*, Aubier-Montaigne, Paris, 1969, p. 22-23.

Baudelaire), plus elle appelle à mobiliser en nous la faculté de faire face à ces drames dans un geste vers l'autre tourné, élégant en lui-même, chemin de l'immanence vers la transcendance. Quelque chose s'extirpe, s'élève, se transmue voire se dignifie et finalement s'allège. C'est alors qu'il aurait pu y avoir une « réparation » du soignant dans la consistance à ne pas fuir la souffrance. Quand le tragique n'engendre pas l'abandon, il est en partie désamorcé. Paul Ricœur par sa célèbre formule : « Quelque chose est due du simple fait d'être humain », met en avant une obligation envers celui qui respire *what so ever*. Peut-être devrions-nous l'inscrire à l'entrée de chaque hôpital public à côté d'égalité et fraternité. C'est notre devoir minimum : être là, dignes en nous-mêmes en reconnaissant la dignité de tout être humain. L'attention est portée sur le visage pour Emmanuel Levinas, tel un pont entre les âmes, non soumis mais offert au regard, à la reconnaissance de l'altérité. Combien aurions-nous souhaité que cela fût sans condition, tous les visages étant en eux-mêmes porteur d'une « dignité naturelle ». Mais bien évidemment ou malheureusement, certains ont trouvé un biais.

« Pour peu qu'on y cherche les raisons avancées, on découvre vite que cette dignité particulière est constamment associée à l'intelligence, comme on vient de l'entrevoir. L'affirmation de Pascal selon laquelle toute notre dignité consiste en la pensée, est en accord entier avec celles de plus grands poètes, philosophes, voire des mystique depuis les débuts »⁷⁵.

Voilà où notre affaire se complique, en effet, la dignité humaine est associée aux facultés intellectuelles de l'homme nonobstant le fait qu'elles ne soient pas garanties. Là encore, la littérature compulsée tend à avancer ce phénomène comme nécessaire et non contingent. Pour Aristote chacun de nous est même avant tout son intelligence. Si seulement nous pouvions de nos yeux voir la pensée, quelles inimaginables amours, écrit Platon dans le Phèdre ...Pour Thomas

⁷⁵. Thomas de Koninck, *La dignité humaine, op.cit.*, p. 22.

d'Aquin, la noblesse de l'être humain lui vient de ce qu'il est intelligent et au principe de ses actes, c'est-à-dire libre, en quoi il est à l'image de Dieu.

« Mais, quand l'univers l'écraserait, l'homme serait encore plus noble que ce qui le tue, puisqu'il sait qu'il meurt, et l'avantage que l'univers a sur lui, l'univers n'en sait rien. Toute notre dignité consiste donc en la pensée »⁷⁶.

Et pourtant, il est des circonstances dans la vie où la pensée n'est pas ou n'est plus, alors quid de l'humain et de sa dignité. Le raccourci est vite pris : l'homme est noble parce qu'il pense, l'homme est digne parce qu'il réfléchit, donc à l'inverse... Dans le discours des rééducateurs : « *Nous n'irons pas voir les vieux fous* », était sous entendue cette distinction de demi ou sous homme. Un malade âgé ne sachant plus s'alimenter ou se laver seul, ne parlant plus ou de façon incohérente est potentiellement assimilable à son exclusif comportement de régression. Deux auteurs anglo-saxons Joseph Fletcher et Tristan Engelhardt ont développé l'idée d'une nuance entre un être et une personne humaine. Leur principal argument nous touche dans la mesure où la classification dépend des fonctions cognitives et de l'autonomie. Cependant une personne malade est « intrinsèquement » la même qu'avant sa pathologie, comme un vieillard de quatre vingt quinze ans porte le même nom qu'à vingt cinq. Nous sommes tous du « même différent », bien au dessus et autre qu'un acte ou qu'une maladie.

« Les êtres raisonnables sont appelées des personnes parce que leur nature les désigne déjà comme des fins en soi, autrement dit comme quelque chose qui ne peut pas être employé simplement comme moyen... »⁷⁷.

Ces tentatives de requalification de l'humain ne sont-elles pas elles-mêmes (déjà) un moyen ? Kant précise la supériorité de ce qui n'a pas d'équivalent, donc n'entend pas de valeur marchande, or les personnes âgées, fussent-elles démentes, se ressemblent-elles toutes ?

⁷⁶. *Id.*, p. 23.

⁷⁷. Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des moeurs*, Gallimard, Paris, 1985, p. 301-302.

Sont-elles remplaçables, interchangeable ou uniques et singulières ? Oui effectivement quand elles sont très dépendantes, elles ont (nous pourrions même dire elles sont) un coût. Ne serait-il pas plus simple d'en venir là directement plutôt que d'instiller des « subtilités » dont nul ne sait où elles finiront. D'ailleurs biais du biais, est-ce bien digne de vouloir créer de l'humain non personne ? Certes non, auquel cas, est-il toujours un homme celui qui nourrit cette idée ? Bien sûr un être ne peut se résumer à ces fonctions cognitives, pas plus qu'en leur défaut...

« Cela revient à parler de ce que l'homme n'est pas un cas d'une entité universelle, un exemplaire au sein d'une espèce, mais que chaque individu est lui-même, en tant qu'individu, une totalité, qu'il est lui-même déjà l'universel »⁷⁸.

Nous voyons comment la problématique soulevée par l'attitude des rééducateurs est bien plus conséquente qu'un simple refus. Nous aurions aimé (avoir pu) leur lire ceci :

« C'est assez dire le degré d'intimité de l'âme et du corps. Peu importe l'état en lequel se trouve un corps humain vivant, lui et l'âme ne font qu'un, tout et parties, quelle que puisse être la condition apparente, parfois très diminuée du corps. Car l'âme est une et indivisible, ce que nous avons reconnu plus haut en disant que Socrate ou n'importe quel individu humain, est, lui, indivisible. Il en est ainsi du premier au dernier instant de la vie de ce corps humain ; il ne s'agirait pas de lui, autrement. Tout individu humain est à chaque instant, quelle que soit sa condition, une personne et en possède toute la dignité ».⁷⁹

Ainsi réfléchir sur les sens de leur fuite nous a guidés ailleurs.

« Contrairement au désir, la reconnaissance ne réduit pas l'autre au même. Il y a dans la reconnaissance une coïncidence avec soi et une satisfaction qui ne s'obtient pas par l'élimination de l'autre mais par solidarité avec lui. La reconnaissance laisse l'autre être lui-même et libre »⁸⁰.

⁷⁸. Robert Spemann, *Notions fondamentales de morale*, Paris, Flammarion, 1999, p. 92.

⁷⁹. Thomas de Koninck, *La dignité humaine*, *op.cit.*, p. 49.

⁸⁰. *Id.*, p. 34.

La particularité de l'autre une fois reconnue dans le respect de son intégrale dignité, peut ouvrir l'espace aux nobles sentiments de thérapeutes dont nous moquions quelque peu le champ lexical. En effet, le don, l'altruisme, la générosité prennent bien leur signification quand ils sont patinés à l'aune d'une dure réalité où le malade demeure toujours un individu à part entière, n'engendrant pas tant le sacré compassionnel que l'universalité d'une fragilité humaine partagée et acceptée. Si certains considèrent la personne âgée démente comme de l'inhumain, du « quasi bestial »⁸¹, que disent-ils alors des tortionnaires et autres dictateurs sanguinaires, sans même mentionner les atrocités historiques encore proches de nous ? Absurde de l'absurde puisque toutes ces personnes ont été massacrées par des gens ayant prétendument toute leur tête !

« La perception de l'inhumain n'est possible qu'à partir du vif sentiment de son opposé, de ce qu'on a appelé le sens de l'humain. Quand je reconnais l'humanité d'autrui, je lui fais grâce à une connaissance antérieure de cette humanité qui ne peut être au bout du compte qu'elle que j'ai de ma propre humanité. Le sens de l'humain est donné par la conscience morale, par cette exigence de nous-mêmes à l'égard de nous-mêmes qui nous fait pressentir qu'en causant injustement un tort à autrui, c'est immédiatement à nous-mêmes que nous faisons du tort »⁸².

Les sens de la fuite nous ont menés jusqu'ici, c'est-à-dire vers une panne ou une perte des sens. Si l'homme se soumet parfois à des stratégies non conscientes (mais pas inaccessibles) c'est bien parce qu'il s'y complaît, qu'il démissionne d'un raisonnement libérateur. C'est le triomphe de l'ab-sens (du latin *ab* : loin de). Si la démence, la non-récupération fonctionnelle peuvent apparaître pour certains comme un non-sens absolu, s'occuper de ces malades à l'autonomie condamnée, tombe bien sous le sens ! C'est bien l'absence de conscience de cette défaillance du sens qui laisse place à diverses dynamiques archaïques.

⁸¹ Petite phrase vraie entendue il y a deux mois de la bouche même d'un chef de service de médecine physique et réadaptation au sujet d'une personne âgée incontinente et démente : « *Mais c'est de la médecine vétérinaire qu'on me demande...* »

⁸² *Ibid.*, p. 37.

« Faites aux autres ce que vous voudriez qu'ils vous fassent. Il y a là une expression de la solidarité humaine la plus fondamentale. Le sol de cette solidarité est la conscience, par laquelle l'homme lui-même, l'individu humain devient universel, devient une totalité de sens »⁸³.

Faut-il une piqûre de rappel ou un premier vaccin ? Quoiqu'il en soit, nous entrevoyons bien une place pour la réflexion éthique, nonobstant une situation complexe.

III. Place de l'éthique

L'arrêté du 30 avril 2002 concernant la création de l'observatoire d'éthique clinique stipule entre autre : « ... qu'il veille à assurer l'échange et la diffusion d'informations sur l'éthique clinique, notamment auprès des personnels soignants et des personnes malades ; qu'il promeut des formations à l'éthique clinique ; qu'il incite à la mise en œuvre de travaux de recherches pluridisciplinaires en la matière...». Ainsi est-ce « légalement » que nous pouvons parler (d') éthique à l'hôpital comme un retour en force de la philosophie. En effet, la psychologie dans ce qu'elle promettait de mettre en tests l'âme humaine s'était imposée et avait détrônée toutes les autres sciences humaines tant sa fibre scientifique convenait au milieu médical. Nonobstant ce phénomène, la complexité des situations et l'évolution rapide des techniques ont fait naître des interrogations et des doutes allant bien au-delà de toute évaluation. La tension entre ce que la législation dit et la difficulté de certaines situations, a engendré des questionnements nouveaux ou l'intervention éthique peut s'inscrire comme le lien réflexif entre les différentes subjectivités. N'est-ce pas là la phronesis où sagesse pratique, soit au-delà d'une théorie un savoir faire devenu lui-même objet de connaissance requestionné ? Alors qui, quand, où, et comment ? D'abord qui peut se positionner comme éthicien, selon quels critères ? Faut-il un « vrai philosophe » qui n'est pas du terrain ou un soignant qui n'est pas philosophe ? Ensuite, à quel moment la rencontre se fait-elle, sachant que le temps devient de plus en

⁸³. *Ibid.*, p. 39.

plus comptabilisé à l'hôpital ? (rentabilité et sous effectifs obligent). Faut-il y accueillir tous les « acteurs » ensemble ? En une fois, en plusieurs rendez-vous ? Qui les fixe, qui décide de la piste à suivre ? Puis à quel endroit se passe le débat ? Est-ce dans le lieu de travail même avec les avantages et inconvénients inhérents à cette proximité ? La totalité du personnel est-il convié « sur place » au risque de voir parfois une certaine hiérarchie bridée la parole de certains ? Ce personnage étiqueté éthique, est-il étranger au service, à l'établissement ? Toute position entraînant des points positifs et négatifs, il est clair qu'une personne du site court le danger de canaliser l'agressivité du groupe voire de se transformer en bouc émissaire. Parallèlement, un étranger peut connaître des suspicions quant à sa légitimité quel que soit son bagage universitaire.

Venons-en maintenant au comment en y imprégnant les réformes actuelles dans le sens où elles autorisent une porte d'entrée inédite. Nous pensons à un échange « socratique » où un cheminement intellectuel s'opère en approfondissant les croyances ou les représentations peu explorées jusque là. Sans véritablement parler de maïeutique, observer et analyser un problème par le biais de dialogues en y adjoignant une pensée philosophique référence, peut ouvrir des espaces inexploités et des angles de vision nouveaux. Nous entrevoyons là un élan, un mouvement, une dynamique indispensable et fondamentale pour être en vie et avoir envie. Aujourd'hui, il existe un accès incontournable sous la forme du signe EPP, soit évaluation des pratiques professionnelles annoncée par la loi du 04 mars 2002 concernant les droits du malade (elle-même complétée par le décret du 15 avril 2005)⁸⁴. Nous pensons surtout à l'autoévaluation dans ce qu'elle propose de réflexif et de participatif n'excluant pas la présence d'un tiers guidant la réflexion. Il s'agit de faire un travail comparatif entre un référentiel (élaboré par une

⁸⁴. Décret n° 2005-346, relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, art. D. 4133-0-1 : « L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L.4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques ».

conférence de consensus) et sa propre pratique. Ainsi peuvent s'auto-justifier ou se compléter certains choix thérapeutiques soulevant des problèmes. Gageons qu'à la naissance du guide de bonnes pratiques concernant les personnes âgées et la rééducation, il n'y aura pas grand-chose sur la fuite en avant des soignants... Tout ceci prouve à quel point nous sommes encore au début de ces règlements récents dits certifications, d'ailleurs, la belle remise en question sur le papier peut-elle être effective ? Nous pourrions évoquer, comme nous l'enseignait une psychosociologue sévissant à l'école des cadres, un « *frottement de logiques institutionnelles* ».

Postulat de départ, irrémédiable, irrévocable : rien ne peut se faire sans participation. Pour le moment et selon notre expérience, le personnel concerné n'est pas en demande. Non seulement ne l'est-il pas de se questionner sur les pourquoi et pour quoi de cette fuite, mais plus encore de s'interroger sur l'absence de ce questionnement ! Puis ensuite, mentionnons la loi du nombre et les problèmes de recrutement. En effet, il est difficile aujourd'hui d'engager des kinésithérapeutes souhaitant travailler (et) en tant que salariés (et) en gériatrie. Cet état de fait implique que les rares volontaires ont facilement gain de cause lorsqu'ils choisissent de se diriger vers des malades conservant une possibilité de récupération fonctionnelle. Gardons-nous pour autant de trop de généralités. « *La parfaite raison fuit toute extrémité et veut que l'on soit sage avec sobriété* » comme l'écrivit si bien Molière dans le Misanthrope. Notre vécu n'est qu'un reflet partiel, suffisamment difficile cependant pour alimenter quelques doutes... Se rajoute ensuite un facteur économique avec ce que nous appellerons l'avènement de la tarification à l'unité (ou T2A). Auparavant, les hôpitaux étaient dotés de budgets globaux déclinés par la suite en enveloppe pour chaque service. Cette somme pouvait être révisée en fonction des résultats obtenus antérieurement et des prévisions en cours. Toutefois cet argent était relativement acquis voire figé mais ne permettait pas une adaptation aux variations quantitatives du travail fourni. Une certaine volonté politique s'est prévaluée de cet argument pour

remplacer le financement global par un autre, assujetti à l'activité, en affectant aux patients et aux soins un code de financement. Le problème majeur réside dans ce phénomène étrange, à savoir que dorénavant tel malade ou telle activité devient plus rentable qu'une autre. Ainsi la maladie chronique nécessitant une hospitalisation prolongée est loin d'arriver en tête de liste, euphémisme s'il en est.

« Il devient par exemple plus rentable d'amputer un patient que de le soigner pour prévenir une telle opération... »⁸⁵.

Non seulement l'envie de travailler auprès des personnes âgées n'est pas hégémonique mais en outre le choix politique valide(ra) cette possibilité. (Le projet électoral socialiste était de faire une pause dans la T2A, celui de l'actuel gouvernement est de le boucler avant la fin de 2012). Enfin *last but not least*, recentrons nous sur le sujet étudié. Les kinésithérapeutes sont dotés depuis le décret du 27 juin 2000⁸⁶ d'un arsenal juridique leur permettant de faire *peu ou prou* un choix.

« Ce décret prévoit que le masseur kinésithérapeute établit pour toute personne qui lui est adressé un bilan. Celui-ci a pour objet d'établir un diagnostic kinésithérapique et de déterminer des objectifs thérapeutiques. Il permet au professionnel de déterminer le volume et la nature des actes à réaliser ».

Si le fameux diagnostic se restreint à l'impossibilité de mettre en place un traitement permettant de finaliser des objectifs (rentables et techniques), alors quoi ? Lettre au docteur X : « *Monsieur, je ne puis rien faire pour le cas de madame Y étant donné qu'elle ne comprend même pas les ordres simples... Bien fraternellement* ». La conjonction de ces facteurs de risques nous permet d'émettre l'hypothèse suivante : il sera difficile d'introduire une notion d'éthique et plus encore, la disparition pure et simple de l'intervention de masseurs-kinésithérapeutes auprès de

⁸⁵. André Grimaldi, José Timsit, Hôpital entreprise contre hôpital public, *Le monde diplomatique*, septembre 2006, p. 20-22.

⁸⁶. Décret d'actes de compétences des masseurs-kinésithérapeutes n°98-879 du 8 août 1996 modifié par le décret 2000-577 du 27 juin 2000.

certaines personnes âgées est envisageable. Le fossé avec l'humain se creuse, la technique devient hégémonique⁸⁷. Oui, il nous semble que certains scient la branche... Car s'il est possible de se passer de rééducation là, alors pourquoi en ces temps économiquement perturbés Quel enchaînement parfait pour proposer maintenant une autocritique à cette recherche.

La première remarque est simple, après avoir réfléchi sur le sens du choix d'un métier, nous allons nous poser les mêmes questions concernant ce travail, pourquoi et pour quoi avoir choisi ce sujet ? La raison principale tire sa source dans le vécu de rejet auquel doivent faire face les personnes âgées. L'ostracisme, la ségrégation, la cohésion d'un groupe afin d'exclure une ou plusieurs personnes désignées comme « différentes » dans le côté péjoratif du terme, tout cela a fait écho avec une problématique personnelle. Des images douloureuses sont alors remontées en surface au point que le contact avec les malades dits déments fut une surprise car se retrouvait une impression familière dans l'image parfois reflétée par eux de n'être pas compris. Les patients notamment ceux atteints de maladie d'Alzheimer présentent de temps en temps des plages de conscience furtives où ils disent leur tristesse d'être déconsidérés, regardés comme « bizarres ». Bien sûr, quand quelque chose d'aussi profond est réveillée il faut raison garder et prendre une certaine distance afin de ne pas être dans la « toute réaction ». Nous pensons sincèrement que les douze années nous séparant de l'évènement sont une barrière suffisante, conséquente assez pour ne plus être dans la colère, même si aujourd'hui ce problème est récurrent dans les hôpitaux gériatriques (or les mêmes causes provoquant ... Nous écrivons). La deuxième observation portera sur le pour quoi. Là encore et plus que jamais, demeurons prudents, et si toute cette construction cognitive tournait autour d'une motivation certaine à changer l'entourage ? Dans nos zones plus ou moins conscientes, une toute puissance

⁸⁷. Pour « preuve » de cette dérive possible, nous notons la disparition de plus en plus fréquente du substantif masseur dans l'énoncé du métier comme si tout ce qui touche (et est touché en retour) tendait à reculer.

dénonçant celle des autres ne s'activerait-elle pas ? Ah ! Si seulement ils nous ressemblaient un peu plus, meilleur serait le monde. Ceci est une hypothèse fort probable d'autant que nul n'est maître de ses noirceurs internes. Pour autant, la différence vient du fait que cette stratégie ne nous revient pas comme bénéfice exclusif mais est dédiée à des personnes en souffrance. Enfin la dernière réflexion, nous la consacrons à la parole tue, à celle bien (in)justement que nous n'acceptons pas de dire : « *Je n'aime pas... j'ai peur d'être débordé(e)... Je crains d'être dépassé(e)... Je crois que je ne pourrais pas me faire à la vue des personnes âgées déficientes...* ». De l'émotion sous la blouse blanche. Si seulement. Là il y aurait (eu) un angle d'approche possible en reconnaissant ces sentiments comme respectables, audibles, « normaux ». Peut-être même en valorisant la preuve de confiance faite alors, en créant un espace bienveillant pour accueillir ce désarroi pour le moins humain. Ensuite, après, alors et seulement alors un dialogue aussi socratique que possible peut s'instaurer. Mettre à la fourrière le « Je fais donc je suis » pour « Je ressens ET je suis soignant ». Ainsi je suis kinésithérapeute ne serait plus résumé par une pratique exclusive d'actes de kinésithérapie, mais inclurait un cœur et une âme, des émotions et des peurs, avec une chance de pouvoir les dépasser là. Sinon nous rencontrons et demeurons dans l'impossible et vaine équation : « Je panse donc je fuis ! ».

Conclusion

Suite à une période professionnelle singulière mais fort riche, nous avons décidé de reprendre un vécu compliqué afin de le dépasser et d'en faire quelque chose. Déposer les tenants et aboutissants de cette situation, les analyser voire les disséquer a été comme une traversée, un pont entre hier et aujourd'hui en gardant sans cesse en tête les visages des personnes âgées délaissées des rééducateurs, vrais sujets de ce mémoire. Pourquoi sont-elles abandonnées et sans intérêts aux yeux de ces thérapeutes techniciens ? Nous avons commencé par faire face à la maigreur de leur argumentation primaire dans la mesure où le manque de formation et la nouveauté des pathologies démentielles ne tenaient, et moins encore actuellement, pas la route longtemps. Puis nous avons avancé en cherchant des pour quoi beaucoup plus profonds et d'un degré autre en déclinant un certain nombre d'hypothèses à propos de bénéfices secondaires d'être un professionnel du soin. Le plus prégnant est celui d'une réparation fantasmée par la guérison de l'autre. En détaillant l'inanité de ce fonctionnement archaïque en ce qu'il masque un refus d'affronter l'existence dans son intégrale temporalité, c'est-à-dire avec un début un développement et une fin. Vouloir fuir cette universalité ne peut rendre heureux. Nous avons constaté un schisme profond, étrange division. D'un côté il y aurait *l'epimeleia* à savoir soigner quelqu'un dans le maintien et l'accompagnement, de l'autre serait la *therapeia* soit soigner quelque chose dans le but de guérir et de sauver, puis rien entre les deux. Aucune passerelle, aucune correspondance, juste une séparation franche et coupante. Pourtant chaque angle de vision du soin apporte des connaissances différentes et complémentaires. Nous écrivons bien et, non mais. Effectivement, elles ne sont pas en opposition, sauf si nous nous en arrangeons. Ensuite, tout est philosophie ! Que viendrait chercher l'âme humaine sur cette terre si ce n'est une expérience la plus riche ? Or s'occuper du vivant jusque dans son ultime souffle peut être qualifié de bien des façons mais certainement pas de pauvre facture. Notre point

commun est là, la vie dans le sens ou elle nous relie jusqu'au bout. Ne pas vouloir voir n'est pas être à l'abri, et d'ailleurs quel étrange postulat pour un soignant. Pour autant, c'est tout à la fois un malheur et une chance ou la chance du malheur. Etre au contact de personnes ne récupérant pas sans se laisser piéger par des réflexes dominateurs peut nous apprendre beaucoup, notamment au niveau des vertus. Nous avons alors vu comment le respect, le courage, la prudence et la dignité étaient en prise directe avec ce type de traitements. Ainsi pouvons-nous gagner beaucoup là où nous pensions (y) perdre. Enfin, la réalité du terrain ne nous a pas glissé entre les doigts puisque nous en avons mentionné les différents travers pouvant interférer dans une démarche éthique dont la pertinence en la matière n'est plus à démontrer. Un des points décrits à ce propos réveille notre curiosité et nous donne le goût d'y réfléchir plus avant. Il s'agit d'amener et de mener une réflexion face à un public n'étant pas en demande. Comment créer cette dernière, comment naviguer dans les arcanes de l'humain pour arriver finalement à l'appropriation d'un sujet non investi à la base ? Un aphorisme chinois nous prévient toutefois : *« Quand on montre la lune à un imbécile, l'imbécile regarde le doigt »*. Que de subtilités en perspective si nous souhaitons demeurer ni dans la domination ni dans la manipulation. Nous le souhaitons.

Bibliographie

- Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Classiques de poche, 1992, 346p.
- Aristote, *La métaphysique*, Paris, Pocket, 560p.
- Brabant George-Philippe, *La psychanalyse*, Paris, Seghers, « Clefs » 1975, 189p.
- Cottrel Frédérique, *La souffrance de la souffrance*, Master recherche, université Marne-la-Vallée, octobre 2005, 79p.
- Deleuze Gilles, *La philosophie critique de Kant*, Vendôme, Quadrige/Puf, 2004, 108p.
- Dournon Jean-Yves, *Dictionnaire d'orthographe et des difficultés du français*, Paris, livre de poche, 1987, 648p.
- Dubet François, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002, 421p.
- Einstein Albert, site internet, *evene.fr*, *op.cit.*, page 1, citation N°10.
- Epictète, *Manuel, les stoïciens*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la pléiade », 1962
- Fanti S., Dictionnaire pratique de la psychanalyse et de la micro psychanalyse, Paris, Buchet/Chastel, 1983, 272p.
- Festugière A.J., *De l'essence de la tragédie grecque*, Aubier-Montaigne, Paris, 1969.
- Fiat Eric, *Master mention philosophie pratique*, Université Marne-La-Vallée, cours 2006-2007, « De l'angoisse, partie IV, Positivité de l'angoisse ».
- Freud Sigmund, *Métapsychologie*, Paris, Editons Gallimard, 1968, 125p.
- Freud Sigmund, *Psychologie collective et analyse du moi*, Paris, Payot, 1962, 179p.
- Godin Christian, *La philosophie pour les nuls*, Paris, First Editions, 2006, 656p.
- Grimaldi, André José Timsit, Hôpital entreprise contre hôpital public, *Le monde diplomatique*, septembre 2006, 10p.
- Hottois Gilbert, « Y a-t-il une philosophie de la technique ? », in : Thomas Ferenczi, éd., *Penser la technique*, Bruxelles, complexe, 2001, p.27-45.

Kant Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des moeurs*, Gallimard, Paris, 1985.

De Koninck Thomas, *La dignité humaine*, Paris, Puf, 2005, 175p.

Lalande André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, Puf, juin 2006, 1323p.

Larre David, « Les fonctions de l'acte de soin », *Laennec* n° 2, 2004, p. 46-56.

Le petit Larousse illustré, Paris, 1999, 635p.

Lepelletier Virginie, « De la culpabilité à la réparation soignante », *Objectifs Soins*, n° 123, février 2004, p. 21-23.

Levinas Emmanuel, « Une éthique de la souffrance », *Autrement, Corps et âme, épreuves partagées*, Paris, Série Mutations, n° 142, février 1994, p. 127-137.

Malraux André, site internet : *evene.fr, toute la culture*, Citations de [André Malraux] p. 9.

Marchal Viviane, « Soigner pour (se) réparer », *Soins*, n° 107, juillet/août 2006, p. 23-25.

Nietzsche Frédéric, *La volonté de puissance*, Paris, Gallimard, 1995, 435p.

Nietzsche Frédéric, *Le gai savoir*, Paris, GF Flammarion, 431p.

Picard Virginie, « Qu'est-ce qu'un soin ? », *Esprit, les nouvelles figures du soin*, n° 321, janvier 2006, p. 80-94.

Spaemann Robert, *Notions fondamentales de morale*, Paris, Flammarion, « Champs », 1999, 141p.

Stewart Ian, Van Joines, *Manuel d'analyse transactionnelle*, Dunod-InterEditions, Paris, 2005, 343p.

Svandra Philippe, *Nature et formes du soin, entre relation éthique et lien social*, Mémoire de D.E.A de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2002, 130p.