

Céline Lefève
« La philosophie du soin »

article paru dans *La Matière et l'esprit*, n° 4 : « Médecine et philosophie » (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, p. 25-34.

L'histoire et la philosophie du soin mettent au jour l'écart et la tension entre le soin et la médecine. Si le soin apparaît en Grèce comme la raison d'être et l'origine de la médecine, soin et médecine se séparent au Moyen Age, puis au XIXème siècle. Aujourd'hui, la tension entre soin et médecine est renouvelée par l'attention accordée, par la médecine et par la société, au patient considéré, dans son individualité, comme une personne. Penser le soin implique désormais de se demander de quelle manière la société peut contribuer à la mise en œuvre d'une médecine qui offre une individualisation du soin, sans succomber à l'individualisme ni faire porter sur le patient la lourde responsabilité de son état de santé.

Le soin au cœur de la médecine

C'est en fonction du soin que peut être définie la médecine hippocratique. La clinique hippocratique, en prescrivant l'observation méticuleuse des manifestations de la maladie à même le corps du malade, traduit à la fois l'attention portée à l'effort spontané de guérison de la nature (la *vis medicatrix naturae*)¹ et *le souci du malade considéré dans son individualité*.

Le malade est appréhendé dans sa globalité et sa singularité à travers la caractérisation de sa constitution humorale et de sa relation propre à l'environnement naturel (géographique, climatique, etc.) et culturel (genre et hygiène de vie). Il est considéré dans sa singularité biographique et dans son expérience vécue, sa souffrance - ce que nous appelons aujourd'hui sa subjectivité. La mission du médecin hippocratique est de saisir et de prévoir l'évolution naturelle et individuelle de la maladie, de comprendre aussi bien le déséquilibre des humeurs qui a causé la maladie que l'effort par lequel l'organisme cherche, à travers la maladie même, à revenir à l'équilibre. Le médecin grec observe, imite et encourage la nature. Il reconnaît les limites de son art devant la nécessité naturelle. De même que le *therapôn* est l'écuyer d'un guerrier ou le serviteur d'un dieu, le thérapeute grec est l'ami et le serviteur de la nature. Pour cette raison, il est aussi l'ami et le serviteur du malade. Il seconde le malade dans le combat qu'il livre contre la maladie. Il soulage ses souffrances sur la voie de la guérison ou de la mort.

Par conséquent, le soin qui vise à soulager la souffrance du malade et qui implique, dans les cas désespérés, de s'abstenir de traiter ne représente pas un pis-aller : il se conforme à la fois à la nécessité de suivre le cours de la nature et au devoir de faire le bien du malade. Ainsi la thérapeutique hippocratique unit fermement la clinique et le soin : ce sont les deux versants indissociables d'une même attention et d'un même dévouement à la dynamique de la nature et à *l'individualité souffrante*.

¹ HIPPOCRATE, *De l'Art médical*, trad. E. Littré, textes présentés, commentés et annotés par D. GOUREVITCH, intr. D. GOUREVITCH, M. GRMEK, P. PELLEGRIN, Livre de Poche, 1994. Sur la relation nature-médecin-malade en Grèce, cf. E. AZIZA-SHUSTER, *Le Médecin de soi-même*, Paris, P. U. F. , 1972, pp. 31 à 44 ; G. CANGUILHEM, *Le Normal et le pathologique*. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique (1943), Paris, P. U. F. , 1966, pp. 12-13 et *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, « Le concept et la vie », Paris, Vrin, 1968, pp. 337-338 et P. LAIN ENTRALGO, *Le Médecin et le malade*, tr. fr. V. de Morelos, Paris, Hachette, 1969, « Médecin et malade dans la Grèce antique », pp. 15 à 52.

Le soin sans la médecine

Au Moyen Age, la médecine va se distinguer du soin et entrer en tension avec lui. Pour des raisons religieuses, sociales et institutionnelles, les soins ne coïncident pas avec la médecine mais avec la réalisation de la vertu chrétienne de la charité dans les œuvres d'assistance et d'hospitalité destinées aux pauvres. La primauté du devoir d'assistance et l'indifférenciation des infirmes, parmi lesquels les malades ne se distinguent pas encore, constituent, tout du moins pendant le haut Moyen Age, un frein à la médicalisation de l'hôpital.² Fondé sur la charité, l'hôpital ne revêt pas de fonction médicale ou thérapeutique. Au Moyen Age jusqu'au XVIIème siècle, c'est *le pauvre*, et non le malade, qui fait l'objet de soins.³

Alors que l'anthropologie antique stoïcienne ou néo-platonicienne, dominée par la notion de l'incorporation, de la descente de l'âme dans le corps, promouvait le dualisme, le christianisme, caractérisé par la notion nouvelle d'Incarnation, introduit un changement fondamental : ce n'est plus la matière qui s'incorpore les âmes de manière indifférenciée et répétitive, c'est l'esprit qui se saisit de la chair. Ce ne serait plus l'âme qui descend dans le corps, mais plutôt la chair qui monte vers l'esprit. Le christianisme, en rupture avec le dualisme d'une certaine philosophie grecque, se tient donc à l'origine d'une culture du soin qui prend en charge l'homme dans sa globalité, corps et âme.

L'étymologie traduit d'ailleurs le sens double et global, matériel et spirituel, du soin. Le mot *soin* possède deux racines : l'une *songne* vient du latin médiéval *sunnia* et du francique *sunnja* et signifie « nécessité, besoin » ; l'autre *soign* qui vient du latin tardif *sonium* signifie « souci, chagrin ».⁴ Le verbe *soigner* signifiait « fournir quelque chose à quelqu'un, fréquenter des marchés pour se procurer des marchandises », mais aussi « s'occuper de, tenir propre les bêtes et les enfants ». L'acte de soigner référait donc au corps dans ses aspects matériels, voire prosaïques et contraignants. En même temps, le soin revêtait un sens psychologique puisqu'il désignait le souci, la préoccupation, l'inquiétude pour le corps et ses besoins. Ce n'est qu'au XVIIème siècle que le verbe *soigner* s'est spécialisé avec la valeur actuelle de « s'occuper de la santé ou du bien-être de quelqu'un ».

Toutefois, il faut souligner que l'ambivalence du christianisme à l'égard de la souffrance s'étend à sa conception du soin. La souffrance de l'homme est tenue pour la réplique de la souffrance du Christ rachetant les péchés humains. C'est pour cette raison que la souffrance est signe d'élection et que le salut de l'âme récompense celui qui fait œuvre de charité et de soins. Cependant la souffrance du pauvre, du malade ou du pèlerin est aussi considérée comme celle du pénitent, elle est l'effet du péché originel et le signe de la déchéance humaine. De fait, jusqu'à l'époque moderne, la souffrance du corps est aussi vue comme le chemin privilégié du salut de l'âme et le martyre, la douleur physique consentie, voire recherchée, comme la voie de la sainteté. L'incarnation conduit, par conséquent, à privilégier une médecine religieuse de l'âme qui néglige le soin du corps et encourage la patience dans la souffrance.⁵

² J. AGRIMI et C. CRISCIANI, « Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale » in M. GRMEK (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, t. I, 1995, pp. 151 à 175.

³ M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, P. U. F. , Quadrige, 1963.

⁴ A. REY (dir.), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Dictionnaire Le Robert, 1993.

⁵ J. GELIS, « Le corps, l'Eglise et le sacré », in G. VIGARELLO (dir.), *Histoire du corps*, t. I, Paris, Seuil, 2005, pp. 45 à 78.

La médecine sans le soin

Un deuxième moment de rupture et de tension entre la médecine et le soin peut être situé au XIX^{ème} siècle avec l'émergence de la médecine scientifique. L'histoire moderne de la médecine peut être lue comme l'histoire du désintéret, voire du mépris de la médecine pour le corps souffrant et, par conséquent, pour le soin.

La médecine anatomo-clinique, puis la médecine expérimentale correspondent non seulement à l'objectivation de la maladie dans ses lieux et ses causes organiques, mais aussi à l'objectivation du corps et du malade lui-même. « Les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques » résume Claude Bernard dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, sacrifiant la subjectivité souffrante sur l'autel de la médecine scientifique.⁶ La compétence scientifique, le prestige social du médecin et la forte hiérarchisation des relations, à l'hôpital, entre le corps médical et le corps soignant, restreint au corps infirmier, participent du désintéret pour l'expérience du malade, déléguée à la compassion des infirmières. L'éliision de la douleur perdure jusqu'au XX^{ème} siècle en dépit de la connaissance parfois antique de moyens analgésiques et de la maîtrise, conquise dès le début du XIX^{ème} siècle, de certains anesthésiques : le combat que livre le médecin ou le chirurgien contre la maladie occulte, par sa noblesse, celui que le malade mène en silence contre la douleur.⁷

Le déni de la subjectivité des soignés s'est aussi manifesté jusqu'à une période récente par le déni de la subjectivité des soignants, de leurs affections et émotions nées de la rencontre intime avec la souffrance.⁸ Les enseignements de psychologie dispensés aux futurs soignants soulignent aujourd'hui encore la nécessité de « mettre à distance » l'affectivité du soigné afin de maîtriser sa propre affectivité et sa fonctionnalité contre le risque de *burn out*. Néanmoins, il apparaît qu'à la mise à distance et au déni de l'affectivité est désormais préférée la recherche d'une « juste distance » entre soignant et soigné.⁹

Ainsi, jusqu'à la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, c'est le *malade* qui est objet de soins, bien que le corps médical répugne à assumer une fonction soignante qu'elle tient pour subordonnée à sa compétence scientifique et à sa fonction curative. La médecine scientifique, multipliant les médiations qui l'éloignent du corps (analyses biologiques, imageries médicales), finit par se couper et se priver du corps lui-même, du malade et, finalement, du soin.¹⁰

⁶ Cl. BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Paris, Flammarion, 1984.

⁷ R. REY, *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993 et J.-P. PETER, « Silence et cris. La médecine devant la douleur ou l'histoire d'une éliision », *Le Genre humain*, n° 18, « Politiques de l'oubli », Paris, Seuil, 1988, pp. 177 à 194.

⁸ Y. KNIBIELHER, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984 et B. ANDRIEU, *Le corps en liberté*, Bruxelles, Ed. Labor, 2004, « La libération du soi », pp. 45 à 58.

⁹ Sur les enjeux actuels de la formation des soignants, cf. Cl. BERAUD, « Apprendre à soigner », in P. - H. KELLER et J. PIERRET, *Qu'est-ce que soigner ?*, Paris, Syros, 2000, pp. 133 à 158.

Pour une critique de la distance comme négation de l'affectivité des soignants et des soignés, cf. M. - C. POUCHELLE, *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, 2003, « Entre euphémisme et exagération : le ressenti des patients », pp. 140 à 162 et « Mœurs hospitalières et monopoles de l'irrespect », pp. 178 à 186 ; P. PRAYEZ, *Distance professionnelle et qualité du soin*, Paris, Lamarre, 2003 et C. VOLLAIRE, « Une force de la nature », *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, janvier 2002, n° 16, pp. 49 à 53.

¹⁰ D. SICARD, *La médecine sans le corps*, Paris, Odile Jacob, 2002.

Soigner la personne

Dans sa thèse de médecine soutenue en 1943, *l'Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, G. Canguilhem rappelle que la médecine est née de l'appel du malade, de l'attention portée à sa souffrance et que, de ce fait, *le souci de l'individualité souffrante, qui en constitue la raison d'être et la source, doit en rester le cœur*.¹¹

G. Canguilhem distingue le fait *d'être malade*, d'être un sujet souffrant et le fait *d'avoir une maladie*, de devenir l'objet des sciences et des investigations médicales. Le patient est une *personne*, toujours singulière, qui souffre d'une maladie mais ne s'y réduit pas.

La philosophie canguilhemienne de la vie montre que le normal et le pathologique ne peuvent être définis qu'en fonction de l'individualité biologique et de son rapport au milieu. Le pathologique consiste en effet dans l'expérience négative et répulsive que fait l'individu vivant de la restriction de sa capacité propre d'action dans le milieu - ce que G. Canguilhem appelle son invention normative.

Cette conception individuelle du normal et du pathologique amène G. Canguilhem à définir la clinique et la thérapeutique comme des techniques normatives strictement individuelles précisément et comme les activités essentielles du médecin. La clinique, à travers l'examen du corps du patient et la prise en compte de sa parole, consiste à comprendre l'expérience subjective de la maladie, en deçà de la recherche scientifique de ses causes objectives. Le travail clinique de traduction entre le vécu du corps subjectif et le langage médical du corps objectif implique l'adoption par le médecin du *point de vue du patient* ; il inscrit d'emblée le médecin dans une démarche soignante. Par conséquent, la thérapeutique vise la restauration ou l'instauration d'une normativité individuelle qui, si elle ne peut être identique au normal, à la santé perdue, doit néanmoins être conforme aux attentes du patient : lui seul peut juger s'il fait sienne cette nouvelle normativité. Dans ce cadre, les sciences et, en particulier, la biologie ne sont que les auxiliaires de la clinique et de la thérapeutique : « La clinique, affirme Canguilhem, n'est pas une science et ne sera jamais une science, alors même qu'elle usera de moyens à efficacité toujours plus scientifiquement garantie. La clinique ne se sépare pas de la thérapeutique et la thérapeutique est une technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, savoir la satisfaction subjective qu'une norme est instaurée, échappe à la juridiction du savoir objectif. »¹²

La primauté accordée à l'individualité biologique et à la subjectivité humaine, la revalorisation de la clinique et de la thérapeutique contre la réduction moderne de la médecine à la science conduisent donc G. Canguilhem à renouer avec l'inspiration de la médecine grecque, à affirmer la fonction soignante de la médecine ou, plus exactement, à *définir la médecine comme le soin de l'individu*.

G. Canguilhem anticipe le profond renouvellement critique de la philosophie, de l'anthropologie et de la sociologie de la maladie et de la médecine qui, à partir des années 50, placent en leur centre le patient conçu comme une *personne* et comme un *sujet de soins*.

Les sciences sociales, prenant acte de la prédominance de l'individualisme et de la chronicisation de la maladie, proposent des approches de la maladie décentrées par rapport à la norme médicale. Elles soulignent l'expertise d'expérience du patient, *acteur* de la gestion de sa maladie et de son traitement qu'il négocie non seulement avec le pouvoir médical mais

¹¹ G. CANGUILHEM, *Le Normal et le pathologique*. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique, *op. cit.*, pp. 138-139.

¹² *Ibid.*, p. 153.

aussi avec l'ensemble de la société. Elles décrivent l'émergence d'un patient « auto-soignant ».¹³

L'éthique médicale, renouvelée d'abord par les problèmes liés à la recherche, aiguillonnée ensuite par les revendications des associations de malades, notamment du SIDA, en matière de recherche *et* de soins,¹⁴ renonce au paternalisme et demande aussi de reconnaître le patient comme une *personne*, comme un sujet souffrant qui participe à sa prise en charge médicale et l'excède.¹⁵

Au plan juridique, l'évolution se concrétise, en France, dans la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Elle garantit à la personne le droit d'être informée¹⁶ et le droit de faire respecter sa volonté à travers le recueil de son consentement aux soins (ou de son refus de soins).¹⁷ Néanmoins, le patient ne décide pas seul : la loi énonce que « toute personne prend, *avec le professionnel de santé* et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. » Afin de préserver la confiance mutuelle entre le médecin et le patient et de confirmer la compétence et le rôle décisionnel du médecin, la loi promeut donc un modèle de concertation.¹⁸ Elle organise également la participation des usagers et de leurs associations à la gestion du système de santé.

Aujourd'hui, *le respect de l'autonomie et de la volonté de la personne* entre dans une forte tension avec *le devoir de soigner*. Cette tension s'illustre, de manière paradigmatique, dans les débats relatifs à « la fin de vie » qui mêlent les cas de patients en fin de vie (en phase terminale d'une maladie incurable) et les cas de patients qui ne sont pas en fin de vie mais qui estiment que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue. L'acuité de la question de « la fin de vie » est née des impasses de la médecine scientifique : prisonnière d'une logique de maîtrise, celle-ci oscillait entre l'abandon des malades condamnés et l'acharnement thérapeutique et délaissait sa mission soignante. La question de « la fin de vie » rappelle donc que la médecine a pour fin le respect de l'intérêt du patient et qu'elle nécessite la prise en compte de son histoire, de ses représentations et de ses croyances, de ses désirs et de sa volonté. Dans cette perspective, les soins palliatifs, approche globale, physique et psychique, de la personne, visant à soulager ses douleurs et souffrances, à maintenir sa vie de relation, l'expression de sa volonté et *in fine* son autonomie, réaffirment *le souci de l'individualité et la fonction*

¹³ Sur la figure du patient comme acteur de soins, cf. I. BASZANGER, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVII, 1986, pp. 3 à 27 ; D. CARRICABURU, M. MENORET, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 98 et suivantes et J. PIERRET, Cl. HERZLICH, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, 1984, Ch. XII : « De l'auto-soignant au devoir de santé », pp. 259 à 288.

¹⁴ Sur les associations de patients en France et leurs actions en matière de recherche et de soins, cf. J. BARBOT, *Les Malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris, Balland, 2002 ; M. CALLON, V. RABEHARISOA, *Le Pouvoir des malades. L'Association française contre les myopathies et la recherche*, Presses de l'Ecole des Mines, 1999 ; D. CARRICABURU, *L'Hémophilie au risque de la médecine. De la maladie individuelle à la contamination collective par le virus du sida*, Paris, Anthropos, 2000 ; N. DODIER, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Ed. de l'EHESS, 2003 et P. PINELL (dir.), *Une épidémie politique, la lutte contre le Sida en France 1981-1996*, Paris, P. U. F. , 2002.

¹⁵ Pour une éthique de la médecine fondée sur le point de vue du patient, cf. A. KLEINMAN, *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*, New-York, Basic Books, 1988.

¹⁶ *Code de santé publique*, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article L. 1111-2 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. »

¹⁷ *Ibid.*, article L. 1111-4 : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

¹⁸ *Ibid.*, article L. 1111-4. Nous soulignons.

Pour une analyse génétique de la loi du 4 mars 2002, cf. D. THOUVENIN, « Droit à l'information du malade », in D. LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, P. U. F. , 2004, pp. 368 à 373.

soignante de la médecine. Ils se conforment aussi à la déontologie médicale en respectant le devoir de soulager le patient et de préserver la vie.¹⁹ Ils sont promus par la législation française qui, fondée sur le respect de la dignité, de la volonté et de la qualité de vie de la personne, autorise l'abstention thérapeutique dont la conséquence prévue mais non voulue, selon la doctrine thomiste des actes à double effet, peut être la mort.²⁰

Il faut néanmoins souligner que le développement des soins palliatifs ne saurait résoudre la tension entre respect de l'autonomie individuelle et devoir de soigner. Pour certains, les soins palliatifs pourraient prévenir la demande de mort dont la cause résiderait seulement dans une prise en charge insuffisante de la souffrance physique et psychique, dans la rupture de la relation de soin et de la confiance soigné/soignant. Cette demande ne pourrait d'ailleurs être tenue pour l'expression d'une liberté authentique, mais seulement pour un appel exprimant la détresse du patient, son besoin d'être reconnu dans sa souffrance, l'espoir d'un nouvel engagement du soignant et, au fond, la volonté d'être maintenu dans la société et dans la vie. En fonction de la variabilité de la volonté selon les circonstances, on ne saurait non plus anticiper la volonté de mourir.²¹ Une telle résolution de la question de « la fin de vie » ne relève-t-elle pas d'une nouvelle logique de maîtrise de certains soignants qui, en s'accordant la compétence de juger de la véracité de la demande des soignés, s'estiment légitimes pour décider de leur dignité et du sens même de leur vie et s'opposer ainsi à leur liberté individuelle ?

Plus fondamentalement, une telle approche réduit la question de « la fin de vie » à une question de fait alors qu'il s'agit d'une question de droit. Elle la restreint au domaine de la médecine et aux ressources de la déontologie médicale, alors qu'elle exige de la société qu'elle réponde, par des limites et des règles, à la demande de mort de certains de ses membres. En effet, en admettant que la médecine parvienne à soulager les souffrances physiques, il n'est pas certain qu'elle parvienne à éteindre la souffrance psychique de personnes qui, en fin de vie ou non, estiment que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue. La question est alors de savoir si la société accède à la demande d'aide au suicide de ces personnes, si, sur le fondement du respect de la volonté individuelle, elle définit la mort comme un droit et quel type de « personnel » elle mandate pour appliquer ce droit. Le soin, défini comme le soulagement des souffrances physiques et psychiques de l'individu, constitue bien le cœur de la médecine et le devoir du médecin. Il ne s'en suit nullement que, dans les cas où la mort seule puisse délivrer l'individu de ses souffrances et où, logiquement, elle puisse être considérée comme un soin, l'assistance au suicide devienne pour autant un devoir

¹⁹ Le *Code de déontologie médicale* révisé en 1995 condamne l'obstination déraisonnable, prescrit le soulagement des souffrances et interdit de provoquer délibérément la mort. Cf. article 37 : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique. » et article 38 : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »

²⁰ *Code de santé publique*, loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

²¹ Pour une telle position éthique, cf. E. HIRSCH, *Le devoir de non-abandon. Pour une éthique hospitalière et du soin*, Paris, Cerf, 2004. Pour E. Hirsch, la relation de soin, orientée par la sollicitude et caractérisée par la proximité, constitue *en elle-même* une valeur éthique puisque, par sa continuité et sa qualité, elle préserve l'échange et le partage, l'appartenance du soigné à l'humanité, sa dignité et *in fine* son autonomie même. L'autonomie du soigné ne saurait donc être pensée abstraction faite de la relation à l'autre. Le respect de l'autonomie du patient constitue bien la finalité du soin, cependant la valeur de l'autonomie ne peut être érigée en principe susceptible de briser la relation de soin elle-même. Dans le cas contraire, le soignant devrait assumer la mort comme un soin.

Pour une approche philosophique différente, qualitative et intensive, de la relation à autrui comme fondement du sens de la vie, cf. le très bel article F. WORMS, « La vie qui unit et qui sépare ? La question philosophique du sens de la vie aujourd'hui », *Kairos*, n° 23, 2004, pp. 211 à 228.

médical. La question n'est donc pas de savoir si la mort est un soin, mais si la société décide, contre l'interdit fondateur du meurtre, de faire de la mort assistée un droit.

Aujourd'hui, les soignants sont déchirés entre, d'une part, le respect de l'autonomie et de la volonté du soigné et, d'autre part, la crainte de le livrer, ainsi que son entourage, à la culpabilité du choix de la mort mais aussi de laisser la société gérer la vie et la mort des individus en fonction de considérations économiques (de gestion du système de santé) ou médicales (de mise à disposition d'organes en vue de greffes). La question de « la fin de vie » n'implique-t-elle pas de penser une ample politique sociale de prise en charge de la douleur, des maladies chroniques et dégénératives, de la vieillesse et de la dépendance, de la précarité et de la solitude ?

La médecine de la santé, le risque d'une nouvelle occultation du soin ?

La philosophie du soin, renouvelée par l'émergence du patient considéré comme *individu*, comme *personne* et comme *acteur de soins*, ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les implications non seulement juridiques mais aussi politiques et sociales de *l'individualisme*.

Depuis les années 80, nous assistons, avec la chronicisation de la maladie et l'allongement de la durée de la vie, à l'essor de la médecine de la santé. Elle se fonde sur une définition extensive de la santé comme état de bien-être complet physique, psychique et social, sur la conceptualisation épidémiologique des maladies en termes de facteurs de risque, sur le dépistage et la prévention, guidés par la santé publique, et enfin sur le gouvernement et la normalisation de ses conduites par l'individu lui-même.²² La promotion de l'autonomie permet l'intériorisation individuelle de la norme sociale de santé et du devoir d'adaptation sociale.²³ Informé et éduqué à la santé, l'individu est responsabilisé, il est comme maître et producteur de sa santé et de son destin.²⁴ *Au soin* défini comme une relation intersubjective destinée à soulager la souffrance d'un individu se substituent *des soins* que l'individu est culpabilisé de consommer passivement mais qu'il est enjoint de coordonner et de gérer de manière responsable, afin de limiter les dépenses de santé.²⁵ A l'individu comme personne se superpose la nouvelle figure de *l'usager du système de santé*.

Dans cette perspective, il paraît indispensable de nettement distinguer *le souci de l'individualité*, dont G. Canguilhem a fait à juste titre le fondement du soin et de la médecine, et *la promotion de la philosophie individualiste*. Penser l'individualité du patient, le considérer dans sa globalité et sa singularité aux plans biologique, psychologique et social ne revient nullement à défendre la conception individualiste de la personne comme sujet rationnel, autonome et responsable. Précisons-le : la notion de subjectivité chez G. Canguilhem ne désigne pas la rationalité mais la normativité, le pouvoir propre à l'individu vivant de valoriser sa relation au milieu. En outre, de même que la définition du normal comme rapport actif, inventif et singulier de l'individu à son milieu s'oppose à la réduction, faussement scientifique, de la norme individuelle à la moyenne collective, de même la

²² A. GOLSE, « De la médecine de la maladie à la médecine de la santé », in P. ARTIERES et E. DA SILVA (dir.), *Foucault et la médecine*, Paris, Kimé, 2001, pp. 273 à 300 et « La santé, nouveau fondement de l'institution psychiatrique », in C. THIRY-BOUR, A. PIDOLLE (dir.), *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Erès, 2003, pp. 53 à 66.

²³ Sur l'individualisme et l'autonomie comme opérateur de normalisation, cf. G. LE BLANC, *Les Maladies de l'homme normal*, Toulouse, Ed. du Passant, 2004, ch. III : « L'Homme typique », pp. 49 à 64 et ch. VII : « La Discipline et l'autonomie », pp. 97 à 106.

²⁴ Sur la subjectivation de l'individu comme assujettissement au pouvoir, cf. M. FOUCAULT, « Le sujet et le pouvoir » (1982), *Dits et écrits II*, n° 306, Paris, Gallimard, 1994, pp. 1041 à 1062.

²⁵ Sur cette distinction entre le soin et les soins, cf. E. ZARIFIAN, « Les fondements du soin en psychiatrie », in C. THIRY-BOUR, A. PIDOLLE (dir.), *Droit d'être soigné, droits des soignants, op. cit.*, p. 32.

définition de la clinique et de la thérapeutique comme compréhension et instauration d'une vie individuelle considérée comme normale *par le patient* s'oppose à toute forme de normalisation de la vie des individus *par la société*, y compris lorsque cette normalisation est fondée sur l'individualisme.²⁶

Entre la conception du patient actif dans la vie et dans le soin et celle de l'usager du système de santé responsable et comptable de ses soins, la frontière peut sembler mince, le renversement philosophique, politique et social est pourtant total. La philosophie de l'individualité considère le soin comme participant à *l'individuation du patient*, elle encourage ce dernier à assumer, dans la maladie et le traitement, la part d'activité qui lui est *propre* et à mener une vie qu'il jugera normale *de son propre point de vue*. La philosophie individualiste, en revanche, fonde une *individualisation des soins* qui oblige le patient, en dépit des inégalités sociales, économiques et culturelles qui peuvent le fragiliser, à mener une vie *normalisée*, rationnellement gérée, socialement adaptée et économiquement productive. La philosophie du soin se trouve donc confrontée à deux logiques opposées de normalisation, dont la « gestion » de la maladie chronique et du handicap fournit un exemple privilégié. La normalisation peut être interprétée, selon un modèle constructiviste, comme l'invention d'une norme individuelle de vie qui intègre la maladie et ses désordres et qui implique une transformation de soi et du monde social, ou bien, selon un modèle individualiste et naturaliste, comme une réadaptation de l'individu à la réalité immuable de la société.²⁷ Ainsi, en un certain sens, la médecine contemporaine de la santé réactualise la question grecque, puis cartésienne de savoir si, en dépit de l'étymologie du mot *médecine* qui renvoie à l'idée de la médiation d'un tiers, on peut être médecin de soi-même.

Il reste donc à se demander de quelle manière la nouvelle figure de l'*usager du système de santé* fera évoluer les rapports de la médecine et du soin. La médecine de la santé prolonge le mouvement d'extension sociale de la norme médicale dans lequel M. Foucault avait vu une caractéristique essentielle de la modernité.²⁸ Cette ultime extension de la norme médicale peut-elle conduire à une nouvelle occultation de la mission soignante de la médecine et à la disparition de la clinique de l'individu ?²⁹ Aux confins du savoir et du pouvoir, le codage médical de la souffrance et, en particulier, de la souffrance psychique en termes pathologiques participe déjà au déni des conditions sociales qui peuvent être à l'origine de cette souffrance.³⁰ La médecine de la santé ne prélude-t-elle à la dissolution définitive de la médecine dans « les soins », c'est-à-dire dans la surveillance et le gouvernement de l'individu par la société ? Comme la médecine scientifique de la maladie, la médecine sociale de la santé ne présente-t-elle pas le risque d'une nouvelle occultation du sujet souffrant et de sa singularité biographique ? Peut-on espérer que la revalorisation du sens individuel du soin, notamment au travers de l'enseignement de la philosophie du corps et de la médecine au cours des études médicales, favorise l'émergence d'une médecine qui prendra en compte le point de vue du

²⁶ G. CANGUILHEM, *Le Normal et le pathologique*, Nouvelles considérations sur le normal et le pathologique (1966), *op. cit.* et *Ecrits sur la médecine*, Paris, Vrin, 2001.

²⁷ Sur la critique du modèle de la réadaptation dans le traitement du handicap, cf. J. - F. RAVAUD, I. VILLE, « Représentations de soi et traitement du handicap. L'intérêt d'une approche socio-constructiviste », *Sciences sociales et santé*, mars 1994, vol. XII, 1, pp. 7 à 30.

²⁸ M. FOUCAULT, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine » (1976), *Dits et écrits II*, n° 170, Paris, Gallimard, 1994, pp. 40 à 58 et « La naissance de la médecine sociale » (1977), *Dits et écrits II, op. cit.*, n° 196, pp. 207 à 228.

²⁹ Il est à noter que, pour M. Foucault, la médecine ne s'est jamais exercée dans le seul colloque singulier ni dans la seule clinique de l'individu, mais toujours, malgré ses transformations, comme une pratique sociale. Cf. M. FOUCAULT, « La politique de la santé au XVIIIème s. » (1976), *Dits et écrits II, op. cit.*, n° 168, p. 13.

³⁰ Cf. A. EHRENBERG, *La Fatigue d'être soi, Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998 ; C. DEJOURS, *Souffrance en France*, Paris, Le Seuil, 1998 et E. RENAULT, « Mépris social et souffrance psychique » in C. THIRY-BOUR, A. PIDOLLE (dir.), *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Erès, 2003, pp. 41 à 52.

patient et le préservera de toute objectivation, qu'elle soit de nature scientifique et organiciste ou de nature sociale individualiste et utilitariste ?

Céline LEFÈVE
Maître de conférences, Université Paris 7 – Denis Diderot
Département Histoire et Philosophie des Sciences
REHSEIS (CNRS UMR 7596) et Centre Georges Canguilhem