

PREMIÈRE PARTIE

Le soin

Les deux concepts du soin

Il est certain que la médecine tire son origine vitale et sa finalité morale de la nécessité du *soin* entre les hommes. Notre faiblesse à la naissance, nos défaillances continuelles font que nous nous soignons les uns les autres, que nous *devons* le faire. L'une des conditions de l'éthique médicale, la première peut-être, consiste donc, à nos yeux, dans l'intégration de la médecine à ce qui est avant tout une *relation*, plus primitive et plus générale qu'elle, et que nous appellerons la « relation de soin ».

Mais il est certain aussi que, sur le fond de cette obligation de soin, la médecine a ou acquiert une spécificité irréductible, qui ne la conduit pas cependant, à nos yeux, à contredire son origine ou sa finalité dans le soin, mais qui nous oblige à distinguer *deux* sortes ou même deux *concepts* du soin.

Il ne s'agit pas en effet, comme cela est parfois le cas, de détacher la médecine de son origine vitale et morale au point de la renverser, au point de ne plus voir du tout en elle un secours, mais seulement un pouvoir. Certes, le risque de ce renversement n'est jamais entièrement absent, il est même toujours là, il tient à ce que nous appellerons l'*asymétrie* profonde et constitutive de la relation de soin. Il n'y a pas de soin sans une faiblesse qui appelle de l'aide, mais qui peut devenir une soumission, et une capacité qui permet le secours mais qui peut devenir un pouvoir, et donc aussi un abus de pouvoir. Cependant, si cette asymétrie est inévitable, nous conduit-elle pour autant inévitablement à ces deux extrêmes, qui sont aussi des ruptures ? Sommes-nous condamnés à une

alternative, entre le secours et le pouvoir, mais aussi, si l'on veut, entre le pouvoir et l'amour ?

On ne peut, encore une fois, exclure la possibilité de ces deux extrêmes, loin de là. Mais il se peut qu'ils ne manifestent pas seulement une opposition entre le soin et son autre, et qu'ils impliquent d'abord pour être compris une distinction et une articulation entre deux concepts du soin *lui-même*. Il s'agit donc d'abord de comprendre pourquoi l'idée ou le concept même du soin implique une telle dualité. C'est seulement à cette condition que l'on comprendra à la fois que la médecine n'est pas *tout le soin*, qu'elle s'enracine même peut-être dans une relation de soin plus primitive qu'elle ; qu'elle reste néanmoins une sorte *spécifique* de soin, d'où elle tire ses principes (et ses risques) éthiques propres ; enfin comment, pour penser les relations concrètes de soin entre les hommes, en particulier dans la société d'aujourd'hui, il convient de distinguer et d'*articuler* ces deux relations de soin entre elles.

On soutiendra ici que « l'éthique médicale » (ou la « bioéthique ») doit passer, pour résoudre tel ou tel problème ou justifier telle ou telle décision, de la réflexion sur des objets, des essences ou des valeurs (par exemple celles de « la vie » en général), à une analyse précise des *relations* entre les hommes (relations vitales, morales, sociales, techniques, juridiques, politiques). C'est aussi dans cette perspective plus générale qu'il importe de distinguer le soin comme relation primitive entre les hommes, et la spécificité du soin médical, pour les articuler dans la diversité plus complexe que jamais des relations concrètes de soin, des plus intimes aux plus publiques. Ce n'est pas seulement le problème du soin en général, mais la structure complexe et précise d'une société qu'on peut décrire comme une société du soin, aujourd'hui, qui caractérise le présent (avec ses risques inverses, de la médicalisation à la parentalisation). On comprend alors en quoi, si le soin peut être un modèle général pour toutes les relations morales, il importe de distinguer des modèles précis du soin.

Les quatre moments des remarques qui suivent semblent donc s'imposer du même coup.

On devra dans un premier temps, au risque de l'exagérer provisoirement, présenter la *distinction* précise entre deux concepts du soin qui

nous semble s'imposer, sur le fond cependant d'une définition commune et générale.

Il faudra ensuite, dans les deux moments qui suivront, explorer *chacun* de ces deux modèles du soin pour lui-même, en montrant d'ailleurs comment ils s'impliquent l'un l'autre *de l'intérieur*.

On pourra enfin revenir sur la *diversité* des relations concrètes de soin, articulant à des degrés divers ces deux modèles extrêmes, et comprendre comment le soin structure aujourd'hui un pan vital des relations sociales entre les hommes et peut à son tour servir de modèle général pour une éthique et même une politique des relations.

DÉFINITION ET DISTINCTION

Avant de distinguer deux sortes de soin, il importe donc de partir d'une définition générale, qui montre leur lien, même si celle-ci oriente déjà vers leur différence. On soulignera ainsi la nécessité d'une distinction, mais aussi d'une unité, qui ne prendra pas la forme d'une « synthèse » à produire ou à fabriquer artificiellement, parce qu'elle est déjà donnée *dans l'expérience même*, la distinction devant seulement nous permettre d'en penser la structure et les enjeux.

Voici donc ce que l'on entendra ici par « soin » : *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même*.

Dès cette première définition, aussi générale soit-elle, on voit que le soin comporte deux éléments inséparables mais qu'il importe néanmoins de distinguer :

- soigner, c'est soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable comme telle et que l'on peut traiter ;
- mais soigner, c'est aussi soigner quelqu'un, et tout soin comporte dans son concept même une dimension intentionnelle et même relationnelle, aussi minimale soit-elle.

Pour soigner, il ne suffit pas de le pouvoir, il faut aussi le vouloir, et cette intention ne peut être qu'*adressée*, elle ne peut que viser le

destinataire du soin comme tel et ceci, il faut y insister car c'est capital, *quelle que soit* la motivation de cette intention (*mais il en faut une !*). C'est pourquoi nous employons ici, délibérément, le terme le plus vague possible, celui d'*égard*, en tenant rigoureusement en réserve des termes plus forts, de registres d'ailleurs différents, voire opposés entre eux, comme ceux de devoir, de respect ou d'amour.

Le but des remarques qui suivent sera bien de montrer la *différence de principe* et la *priorité respective* entre ces deux aspects ou ces deux concepts du soin, qu'il convient donc d'analyser chacun pour lui-même.

Mais avant d'y venir, on peut indiquer sur un exemple comment ils se relient et se séparent, dans la pratique elle-même.

De fait, la priorité du soin comme réponse à un *besoin* ne se marque nulle part mieux que dans les situations d'urgence vitale (le *vital* étant, précisément ici, non pas du tout le principe positif de la vie, mais *ce sans quoi* celle-ci ne peut se poursuivre). Tel prématuré, par exemple, *doit* être transporté d'urgence en service de réanimation. Il y a là une urgence incontestable. Mais la priorité de l'autre sorte de soin ne s'en montre pas moins, sur le même exemple. On sait bien en effet que l'on *interrompt* ainsi une autre relation, qui est encore une relation de soin, d'un soin cependant qui ne peut pleinement lui être donné que de manière individuelle, que par *tel* individu (sa mère, par exemple), et à lui en tant qu'individu. On verra plus loin en quoi cette relation est *non moins vitale*, pour l'enfant et le soi en général, est donc un besoin elle aussi, tout en se distinguant radicalement du besoin de répondre à telle urgence ou tel danger organique déterminé. La distinction des deux types de soin, leur priorité respective, se marque donc bien dans le déchirement même d'une situation comme celle-ci, à la fois ordinaire et exceptionnelle.

Mais on y voit aussi leur unité. D'un côté, le soin médical est, bien entendu, animé par une intention ou une attention à l'égard de l'enfant, celle de *le sauver*, lui précisément ; plus encore, cette intention reste prise ou, pour ainsi dire, se place « sous l'aile » de la relation parentale. Tout se passe comme si la médecine ou le médecin admettait ainsi non seulement sa relation avec un individu malade, mais son rôle de relais dans une autre relation ou avec une relation *elle-même atteinte* comme telle par la « maladie » ou la pathologie. D'ailleurs, le sujet « malade » et le

sujet « inquiet » ne sont ici constitutivement pas la même personne, ou sont dédoublés, le médecin soigne l'un et parle à l'autre (et, devrait-on dire, inversement : il parle à l'enfant *en le soignant* et soigne le parent *en lui parlant*). Quoi qu'on fasse, et à quelque degré que cela soit concrètement pris en compte, l'unité des deux aspects est donc bien là, de ce premier côté. Mais elle l'est aussi de l'autre côté, au moins et surtout comme acceptation de la *distinction*. La possibilité même de la médecine demande comme condition l'institution et l'acceptation d'un intermédiaire entre le corps vivant et lui-même, ici entre deux corps vivants. De fait, la figure parentale admet et demande la nécessité de la relation médicale, sa priorité et sa spécificité, y compris technique, propre. Elle se fera *elle-même*, s'il le faut, relais de la prescription médicale, devant donc là aussi, à des degrés divers, avoir un rapport technique et clinique au corps même de l'enfant dont il faut traiter telle pathologie déterminée. Ce n'est donc pas dans la confusion des rôles, mais dans leur séparation précise et inévitable, qu'ils se relient encore.

S'il y a deux concepts du soin, ils se rejoignent donc bien de l'intérieur.

S'il importe cependant de les distinguer, c'est parce qu'ils obéissent à deux logiques, et même à deux logiques *relationnelles* distinctes et irréductibles. Il ne s'agit pas seulement de deux « concepts » objectifs, mais bien de deux concepts d'une même relation, entendue comme lien et individuation respective de deux termes ou de deux « sujets », comme si le soin constituait non pas une seule mais *deux* sortes de relations entre des *subjectivités*. Une double *asymétrie* constitutive le définit visiblement, qui n'empêchera peut-être pas, précisément grâce à cette dualité, une *égalité* non moins constitutive. Il faut donc bien commencer par approfondir chacune de ces deux logiques, dans sa spécificité, pour comprendre comment elles se distribuent ou se répartissent dans la série diversifiée des relations concrètes et morales de soin, caractéristique de notre société.

LE MODÈLE PARENTAL ET LA PORTÉE ONTOLOGIQUE DU SOIN

S'il faut commencer par ce que nous appellerons donc le « modèle parental » du soin, ce n'est pas seulement en raison de sa priorité

chronologique, mais parce que celle-ci s'accompagne d'une priorité logique et même « ontologique », c'est-à-dire constitutive de l'existence même des termes ou des sujets de toute autre relation de soin. Il ne faut d'ailleurs pas s'y tromper : nous ne définirons pas ce premier modèle du soin par une relation « parentale » toute faite ou allant de soi, dont on pourrait par ailleurs poser l'essence ou la « nature ». Bien au contraire : c'est la relation parentale qu'il s'agit de *définir* par la relation de soin, et non pas l'inverse. La relation « parentale » nous paraît en effet être d'abord cette relation qui consiste *non seulement à répondre aux besoins organiques d'un nourrisson après sa naissance, mais plus profondément à lui adresser ces soins comme à un être ou un enfant individuel, et à se constituer du même coup comme un être ou un parent non moins individuel*. Il s'agit bien d'une relation doublement individualisante, avant laquelle en quelque sorte il n'y a ni « parent » ni « enfant », et qui est comme telle elle-même, nous allons y revenir, un besoin « vital » de l'individu.

Mais on peut déjà dire un mot de sa priorité, encore une fois, ontologique, inséparable de sa priorité chronologique. Seule en effet cette première relation constitue un « soi » comme objet d'un soin adressé, c'est-à-dire aussi comme sujet de soin possible. Seule cette relation constitue donc un soi ou un sujet capable d'entrer ensuite dans toute autre relation de soin, dont notamment la relation médicale, et cela dans les deux sens : capable d'être soigné et (comme Paul Ricœur l'avait déjà remarqué) de *se soigner* (patient *et* agent donc, si l'on veut !), capable aussi de devenir médecin et de soigner *autrui*, un autre *soi* et pas seulement un autre *que* soi. Autrement dit, le soin n'est pas d'abord ici une nécessité physiologique ou organique au sens strict, mais une nécessité relationnelle, sans laquelle c'est un soi individuel qui n'existerait pas.

Cette priorité du soin relationnel n'empêche pas, disons-le tout de suite, qu'elle ne rejoigne le soin médical. Plus encore, précisément parce qu'il est *lui-même vital*, le soin relationnel peut faire à son tour l'objet d'un soin médical, absolument spécifique cependant dans sa structure même : tels sont à nos yeux la découverte et le sens fondamental de la *psychanalyse*, comme clinique ou plutôt comme *thérapie des relations humaines* elles-mêmes.

Mais précisément, s'il y a une thérapie des relations ou, encore, une thérapie du soi par les relations, c'est bien parce que le soi s'est constitué dans la relation, et même avant tout dans la relation elle-même, sous sa forme la plus concrète, réelle et matérielle, du *soin*. Ce qui nous le montrera, autrement dit, ce ne sera *pas seulement* la psychanalyse, puisque celle-ci ne rejoint cette genèse qu'*a posteriori* ou après coup, à partir de la pathologie, du langage et des représentations du sujet humain individuel. Ce sera plutôt, et à nos yeux de manière absolument décisive, la *convergence* de la psychanalyse avec une discipline qui procède tout autrement et la rejoint pourtant sur ce point précis. Ce sera sa rencontre avec l'éthologie, qui étudie cette genèse sous la forme d'une étude objective des comportements entre les vivants, donc dans ce cas précis sous la forme de la théorie de l'*attachement*, qui désigne précisément la relation à une figure individuelle comme *besoin* biologique et spécifique, chez l'homme et quelques autres espèces vivantes (grands mammifères et oiseaux). Il faut donc dire un mot de ce point de rencontre, dans sa précision extrême, entre deux lignes de savoirs ou de faits, dans leur différence non moins extrême, qui nous semble avoir du même coup la valeur d'un enjeu constitutif du moment présent en philosophie, aussi bien que pour la compréhension de la « nature humaine » en général.

De fait, ce sur quoi convergent tout en s'opposant la théorie de l'attachement, sous la forme que lui a donnée son concepteur, John Bowlby¹, dès le début des années 1950, et la psychanalyse, notamment dans la théorie proposée au même moment par Donald W. Winnicott², c'est à nos yeux le point précis où nous sommes conduits ici. Il s'agit bien du caractère constitutif pour le sujet individuel d'un soin adressé, mais d'une adresse ou d'une intention qui ne soit pas un « supplément » extérieur (ou, pire encore, prétendument « intérieur » !) aux actes les plus concrets

1. Nous renverrons ici à son ouvrage magistral : *Attachment and loss*, 3 vol., New York, Basic Books, 1969, 1973, 1980 ; tr. fr. Jeannine Kalmanovitch (vol. 1), Bruno de Panafieu (vol. 2), Didier Weill (vol. 3), *Attachement et Perte*, Paris, PUF, « Le fil rouge », 1978, 1978, 1984.

2. Dont nous commenterons avant tout *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications, 1971 ; tr. fr. C. Monod, J.-B. Pontalis, *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, « Connaissance de l'inconscient », 1975.

du soin (porter, nourrir, laver, etc.), mais qui leur soit au contraire *strictement immanente*. Tel est le point essentiel : il y a un besoin spécifique, celui d'une relation adressée, et individuante, qui ne peut cependant, initialement au moins, *au commencement au moins*, se dissocier des actes concrets du soin corporel lui-même. Il importe donc tout à la fois de distinguer radicalement ces deux types de besoin (on montre chez les grands singes que l'attachement se distingue de la nourriture, par exemple, au point de pouvoir conduire à y renoncer), tout en soulignant leur unité initiale, dans une même relation concrète, à travers *certaines de ses aspects bien précis*, qui ne sont *pas moins* « objectifs », observables et empiriques que les autres, même s'ils s'opposent à eux.

Ce que montre la théorie de l'attachement, c'est que la dimension « supplémentaire » du soin, qui répond au besoin spécifique d'attachement se traduit ou s'effectue dans le caractère *global, expressif, et individuel* de la relation concrète de soin elle-même, et ceci en quelque sorte dans la demande ainsi que dans la réponse ou, plutôt, dans une demande qui n'est justement plus demande d'une chose ou d'un objet, mais *précisément d'une réponse*. Le bébé pleure « pour » manger ou « parce que » il a faim, mais ses pleurs sont aussi un comportement expressif, individuel et global, qui secoue tout son corps, auquel le sourire, la chanson ou le bercement répondront, tout comme la nourriture satisfait en effet au besoin singulier de se nourrir. C'est ce jeu de demandes et de réponses individuelles, expressives et globales, qui avec le temps constitueront les « figures d'attachement », et la relation même d'attachement, avec ses qualités et ses critères propres, normales ou pathologiques, « *secure* » ou « *insecure* ». Cette relation est « biologique » même si elle dépasse les frontières organiques d'un corps individuel, et cela pour trois raisons décisives : elle répond à un besoin vital, elle se constitue selon des structures spécifiques, qui constituent des liens irréversibles, enfin et surtout elle est susceptible de pathologies déterminées. C'est bien par ce dernier point, en forme de rupture, que cette relation de soin, qui ne peut être séparable au départ (*mais le devient ensuite*, avec le jeu et le langage) de la dimension la plus concrète du soin organique, ni réductible à elle, se rattache à la recherche psychanalytique.

Certes, il faut insister d'abord sur la différence des démarches, qui a donné lieu à des conflits longtemps irréductibles, au point que la convergence, en un sens, commence seulement à apparaître dans toute sa portée. L'éthologie prétend en effet au statut de science objective et expérimentale : elle observe le comportement objectif des êtres vivants, animaux et humains, et en déduit des hypothèses sur leurs règles, qu'elle doit ensuite pouvoir tester, vérifier ou réfuter de manière expérimentale. Elle est donc, dans le cas de la relation parentale, génétique et générique : autrement dit, elle cherche des lois *générales*, qui s'inscrivent qui plus est dans les contraintes générales de l'évolution ; et elle les cherche dans leur constitution *progressive*, en observant donc la croissance des nourrissons et de la relation parentale. En revanche, la psychanalyse procède d'un savoir *clinique*, subjectif et rétrospectif : elle trouve sa preuve empirique dans des pathologies *individuelles*, en tant qu'elles ne renvoient pas à un trouble fonctionnel général, mais après coup à *l'histoire* individuelle du sujet, considérée en outre (et c'est fondamental) de son point de vue à *lui* ou, encore, telle qu'il se la « représente », telle en tout cas qu'il la raconte. On ne peut donc imaginer méthodes plus opposées, et la théorie de l'attachement a d'abord rencontré chez les psychanalystes, notamment en France (comme le montre l'admirable recueil de René Zazzo¹), bien plus de résistance que n'en impliquait au départ la rupture, pour-tant constitutive, de Bowlby lui-même avec la psychanalyse d'où il était parti.

Mais si cette convergence autour de la relation de soin ne va pas de soi, elle n'en est que plus significative.

Il est à cet égard remarquable que Winnicott retrouve, au principe du sentiment d'être soi et du sentiment d'être vivant de l'individu, la qualité de « l'environnement » primaire du bébé, sous la forme de la réponse à

1. Ce livre nous conduisit il y a déjà longtemps vers cette question. Il s'agit du recueil sous forme de colloque imaginaire : René Zazzo (dir.), *L'Attachement*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, « Textes de base en psychologie », 2^e éd., 1979. Sur le même sujet voir aussi : Daniel Widlöcher (dir.), *Sexualité infantile et attachement*, Paris PUF, « Petite bibliothèque de psychanalyse », 2000 ; et les utiles synthèses dans Blaise Pierrehumbert, *Le Premier Lien. Théorie de l'attachement*, Paris, Odile Jacob, 2003, et Martin Dornes, *Psychanalyse et psychologie du premier âge*, Paris, PUF, « Bibliothèque de psychanalyse », 2002. On aurait garde, dans une étude plus poussée sur cet aspect, de ne pas oublier les travaux de Serge Lebovici.

sa demande de soin. Il va même, on le sait, jusqu'à contester l'existence individuelle du bébé à la naissance et dans le temps qui la suit ; « un bébé cela n'existe pas », dit l'une de ses formules les plus célèbres ; ce qui existe, c'est « l'unité primitive du bébé et des soins maternels¹ » (il ne dit pas : « de la mère »). Pourtant, là aussi, à travers ces réponses corporelles à des demandes corporelles, il s'agit de l'individuation d'un soi subjectif appelé à se représenter lui-même mentalement et comme un « esprit ». Les trois actes fondamentaux que distingue donc Winnicott avec ce que Deleuze appelle des « concepts relationnels » ou des « interconcepts² » désignent précisément cette relation entre les corps, en tant qu'elle ouvre à une individuation progressive. Le *holding* (le « porter »), le *handling* (le « manipuler »), le *world-presenting* (le fait de « présenter le monde »), qui rejoint déjà le *playing* (le « jouer » présent dans le titre originel de *Jeu et Réalité*), sont des comportements dont la qualité intégratrice et individualisante est intrinsèquement liée à leur sens de soin adressé.

Il y a donc ici une sorte d'inversion prémorale ou supramorale, si l'on veut, du besoin primitif. Tout se passe comme si l'asymétrie initiale se renversait par une sorte de *miroir vital* ou *vivant*, la dépendance singulière du nourrisson se renversant en dévouement adressé et individualisant, qui ne deviendra cependant consciemment ou explicitement « moral » (une « obligation ») que par une sorte de *perte*. Ce n'est pas un hasard si les éthiques de l'amour ou de la « sollicitude » ou, encore, du *care* (pour prendre le terme anglais qui les caractérise de plus en plus³), s'appuient fondamentalement aujourd'hui sur ce renversement (du sens de la faiblesse elle-même) pour compléter une éthique ou une bioéthique perçue comme trop abstraite ou désincarnée.

Mais, à travers le jeu, s'ouvre dans la relation intercorporelle même ce que Winnicott appelle l'espace « potentiel » ou « transitionnel » (comme « l'objet » du même nom, conçu par lui dans le même geste théorique), qui va être « le lieu où nous vivons », l'espace proprement humain de la

1. D.W. Winnicott : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr. fr., Payot, 1969, p. 240.

2. Voir sa recension de *L'Absence* de Pierre Fédida (Gallimard, « Connaissance de l'inconscient », 1978), sous le titre « La plainte et le corps » repris dans Gilles Deleuze, David Lapoujade (dir.), *Deux régimes de fous*, Paris, Minuit, 2003, p. 150-151.

3. Voir à ce sujet, notamment, *infra*, « Le soin et le *care* » (annexe 1, p. 245 *sqq.*).

culture. Sa double caractéristique, par où le mental se détache progressivement du physiologique, et le culturel du naturel, nous paraît pouvoir être résumée par le trait essentiel de la *précarité* et de la *création*, propre à toute rupture entre les êtres. Si la « créativité » est précisément le signe de l'individuation et de la « santé », qui ne saurait être donnée, mais toujours à réinventer, de la façon la plus ordinaire, elle se double en revanche d'une *précarité* essentielle, qui retrouve la pathologie de l'attachement, laquelle cependant ne pourra seulement être normée vitalement, mais devra toujours être reprise individuellement et relationnellement. Ainsi, parce qu'elles s'appuient toutes les deux sur une même relation primitive envisagée selon deux points de vue complémentaires, la norme biologique de l'attachement n'empêche en rien, appelle même, la spécificité de la *thérapie* psychanalytique, qui reprend et rejoue la relation *comme telle*.

La psychanalyse ne saurait être une « médecine » au sens que l'on va bientôt préciser, mais elle n'en a pas moins un double rapport au *soin*, par sa pratique relationnelle qui reprend donc la relation originelle elle-même. Ou encore, on devra distinguer la dimension *thérapique* de la psychanalyse, qui soigne les relations par elles-mêmes, par leur reprise et leur « répétition », de la dimension *thérapeutique* de la médecine *comme telle* ; cette distinction entre le *thérapique* et la *thérapeutique* a même ici quelque chose d'essentiel. Elle indique pourtant un point de recoupement – sensible et critique dans nos sociétés qui plus est ! – entre les deux modèles du soin, que l'on ne peut pas se contenter d'opposer. On verra par la suite comment, malgré sa spécificité et sa priorité propres, sur lesquelles il faut insister d'abord, le modèle médical rejoint, lui aussi, de l'intérieur le modèle « parental » que l'on vient d'esquisser, en d'autres points critiques de notre expérience individuelle et sociale contemporaine.

LE MODÈLE MÉDICAL ET LA DIMENSION POLITIQUE DU SOIN

Nous pouvons comprendre maintenant non seulement la priorité du soin « médical », mais aussi comment celle-ci l'entraîne dans une direction opposée au modèle précédent.

De fait, la priorité du soin médical tient à ce que **le soin n'est jamais seulement soin d'un individu global pour lui-même !** Il est au contraire toujours aussi soin de certains besoins précis ou de certaines pathologies *déterminées*, qui font partie intégrante, dans leur diversité même, de la vie en tant que relation d'un organisme ou d'un vivant lui-même déterminé et de son milieu.

Le soin est aussi, de toute évidence, effort pour *guérir*.

Mais cette caractéristique n'est pas seulement une caractéristique pour ainsi dire objective ; elle a aussi des conséquences et une structure relationnelle, que l'on peut et que l'on doit même opposer *point par point* à celle du précédent modèle. D'où les trois aspects suivants, que l'on doit souligner, au risque de les exagérer d'abord, pour mieux les articuler ensuite à ce qui n'est pas seulement leur contraire.

Tout d'abord, si le soin relationnel ou « thérapeutique » est global et intégratif, on voit que le soin « thérapeutique » est nécessairement et inévitablement partiel et même *dissociatif* : il *consiste* d'abord à isoler « le mal », la partie du corps ou la fonction de l'organisme qui est atteinte pour pouvoir y répondre de manière appropriée. Certes, on le verra, on n'accusera pas la pratique médicale concrète de désintégrer le tout de l'organisme vivant (ce serait pour elle, Georges Canguilhem l'a démontré, se nier elle-même comme médecine). La consultation, la clinique, la médecine comme telles s'accompagneront toujours d'un degré de soin global et intégratif, ou *réintégratif*. Il n'empêche que le progrès même de la médecine, pas seulement comme savoir mais même comme pratique, bien entendu, va toujours dans le sens d'une spécialisation, qui est aussi une désarticulation, vécue comme une atteinte à l'image globale du soi, à une image du soi qui est globale *par principe*.

C'est là le principe d'une deuxième opposition. Si le soin relationnel était fondé sur un lien *expressif* entre les corps et les individus, il le sera ici sur un lien *cognitif* ou technique, sur une compétence. Soigne ici celui qui non seulement veut, mais qui peut et qui *sait*. La mère elle-même ou la figure d'attachement jouera, on l'a dit, ce rôle : elle « apprendra » à nourrir, langer, traiter telle ou telle affection, de manière correcte et comme on dit « avec soin » (on reviendra sur cette expression plus loin). Cette compétence technique n'est en tant que telle pas séparable de la

division du corps sous un regard objectif, comme l'a montré une fois pour toutes Michel Foucault dans *La Naissance de la clinique*¹. Elle a sans aucun doute une histoire ; la modernité consiste même probablement, après les avoir séparées de leur savoir, à réapprendre aux « mères suffisamment bonnes » ce qu'elles « savent déjà » comme le dit Winnicott (en tant que médecin d'ailleurs !) dans ses conversations radiophoniques. Il n'empêche qu'il y a là une rupture considérable. Elle a beau trouver son origine dans la vie elle-même, comme pathologie s'individuant dans le corps même (et toute *lésion* distingue dans le vivant des parties *séparées*), cette compétence médicale n'en est pas moins une tout autre modalité de la relation elle-même : ce que nous nommons la « relation à » par opposition à la relation « entre »².

Enfin, si la relation de type parental culmine dans l'individuation réciproque de ses deux termes, la relation que nous examinons ici débouche nécessairement sur la distinction et même l'institution de deux fonctions ou de deux rôles, par exemple ceux qui relient et opposent « le médecin » et « le malade ». Certes, là encore, toute relation réelle est un mixte : entre la figure parentale et l'enfant, il entre du rôle social, comme entre le médecin et le malade se tissent des liens individuels, qui peuvent aller jusqu'à l'amitié. Il n'en reste pas moins que la limite du premier modèle est celle d'une relation entre deux visages irremplaçables, alors que celle du second est une relation anonyme entre deux fonctions qui ne se distinguent plus, parfois, que par leurs attributs les plus extérieurs, par la blouse blanche, d'un côté, et le pyjama, de l'autre.

Il faut évidemment souligner de nouveau, et réaffirmer nettement, qu'il ne s'agit là que d'un modèle limite dont le risque est de caricaturer une médecine qui ne s'y réduit pas en pratique. On va même voir que ce n'est pas seulement de l'extérieur, mais de l'intérieur, que ce modèle rejoint le modèle opposé, pour donner lieu aux relations concrètes et spécifiques de soin qui caractérisent plus que jamais aujourd'hui notre société, dans sa médicalisation mais aussi sa parentalisation extrêmes.

1. Paris, PUF, 1963, « Quadrige », 2009.

2. Voir *infra*, le chapitre « Quand les relations deviennent-elles morales ? » (p. 92 *sq.*) ; une étude intitulée « Les relations entre individus comme fait primitif » (à paraître dans la revue *Philosophie*, Minuit, 2010) approfondit cette distinction d'un point de vue plus général.

Pourtant, s'il est nécessaire de définir le modèle médical du soin comme tel, ce n'est pas seulement pour des raisons négatives, qui conduisent aussi à souligner les *risques éthiques ou politiques* qu'il comporte, c'est aussi pour des raisons positives, pour comprendre *qu'il n'attend aucunement du seul modèle parental ou pleinement relationnel sa norme éthique, mais qu'il l'a au contraire aussi en lui-même*. Si l'éthique médicale ou la « bio-éthique » complète nous paraît résulter de l'articulation entre ces deux modèles du soin, c'est bien parce que *chacun des deux* comporte intrinsèquement un principe normatif, ainsi d'ailleurs qu'un risque qui lui est opposé. Il ne s'agit aucunement pour nous d'idéaliser le soin parental ou relationnel, et de diaboliser le soin médical ou institutionnel ! Il faut donc dire un mot, dès maintenant, de l'indication éthique qui nous semble résulter de l'enracinement de la médecine elle-même dans le soin ou encore dans le traitement des maux physiologiques ou, enfin, dans la *thérapeutique* comme telle.

Cette indication est simple : *si la spécialisation, le savoir, le pouvoir même de la médecine peuvent mener aux pires abus, et même en comportent intrinsèquement le risque, ils comportent aussi une sorte de norme interne, dès l'origine, dans la priorité même du pathologique et donc de la thérapeutique*. À travers tous les développements sociaux, industriels, politiques de la médecine contemporaine, le risque du pouvoir réside moins dans son essence simple que dans son orientation double, dans le choix d'une orientation *plutôt que d'une autre*. L'une de ces orientations est celle *qui oublie la priorité de la thérapeutique, de l'obligation de soigner les maux, de manière concrète, juste, également accessible et répartie entre les hommes*, qu'elle consiste seulement à *prendre le moyen pour fin* (financière, symbolique, politique) ou aille jusqu'à lui donner *une autre fin* (politique, à nouveau, mais aussi eugénique, démiurgique même). Ainsi, *avant même de se mêler au soin « relationnel »*, où il trouvera certes sa pleine dimension éthique, il nous semble que le soin médical ou thérapeutique *comporte sa norme morale interne*, qu'il s'agit de ne jamais oublier. Nous dirons que *le développement scientifique n'est pas une aliénation, s'il vise à guérir, que le développement technocratique, la paperasse de la sécurité sociale n'est pas une barbarie, si elle vise la justice, que la politisation même de la médecine n'est pas*

une tyrannie, si elle institue la lutte contre certains maux déterminés comme une tâche commune et historique.

Il s'agit donc d'opposer deux modèles du soin, mais aussi, dans le deuxième, *deux directions morales* ou éthiques, qui impliquent certes une lutte interne et sans relâche, mais sans passer par des facilités rhétoriques, comme la condamnation souvent simpliste de la technique, de l'autorité ou de l'institution. C'est *en elles* au contraire que se font les choix décisifs, sous l'égide de la priorité du soin, sous la pression aussi de la dissymétrie vitale causée par la maladie.

Mais cela ne suffira pas, et c'est bien de l'intérieur, aujourd'hui plus que jamais, que le modèle « médical » du soin rejoint le modèle « parental ».

Comment ne pas le voir en effet sur un exemple à tous égards significatif ? Lorsque le soin médical cesse de pouvoir traiter *un mal déterminé et guérissable, sans cependant cesser entièrement de pouvoir s'exercer, lorsqu'il s'agit des maladies chroniques ou plus profondément encore de la vieillesse, par exemple, et de ses maux, voire de l'accompagnement vers la mort et de la « fin de vie », c'est de l'intérieur que le soin médical, sans y être toujours préparé, rejoint le soin parental, non pas tant affectivement que structurellement.* Une maladie comme la maladie d'Alzheimer pousse aujourd'hui la relation entre les deux modèles jusqu'à leurs limites extrêmes : *les enfants deviennent non seulement les parents de leurs parents, mais aussi leurs soignants ;* tandis que les médecins eux-mêmes voient la relation parentale comme un moyen thérapeutique, une ultime ressource pour redonner un sens global à un cerveau, une mémoire, un corps qui tend de lui-même vers sa désintégration. Sans pouvoir analyser ces exemples qui traversent désormais, et pour longtemps, toute notre expérience, on y verra bien à la fois la nécessité et la force de l'articulation des modèles, et la source du double risque que l'on pressentait dès le départ, qui nous paraît être celui *d'une société médicalisante, mais aussi d'une société maternante,* un risque donc d'une double *confusion des rôles.*

On voit donc la nécessité, pour conclure, de dire ne serait-ce qu'un mot de l'articulation entre ces deux modèles, qui nous paraît seule capable, à la condition de les avoir rigoureusement distingués d'abord,

de définir les relations concrètes de soin. Entre les deux modèles extrêmes, comme on va le voir, courent désormais des relations qui les articulent dans des proportions diverses : le rôle de l'infirmier ou de l'infirmière, de l'assistant(e) social(e), de l'éducateur ou du rééducateur ne se comprend pas autrement. Mais du même coup, c'est de l'intérieur du soin et, au-delà du soin, sur toutes les relations morales que s'ouvrent ici de nouvelles perspectives.

LA RELATION DE SOIN, MODÈLE DES RELATIONS MORALES ?

Il s'agit seulement ici d'indiquer la voie d'une triple généralisation, à partir de ce qui précède, concernant le ou plutôt les sujets du soin ; les relations concrètes de soin ; les autres relations que le soin. Ce sera indiquer aussi, à chaque fois, une dimension éthique ou politique qui nous paraît mettre **la question du soin au cœur du présent**, dans la relation des hommes entre eux, mais aussi de l'humanité à elle-même.

On s'aperçoit d'abord que l'on n'aurait pas pu penser le soin en *partant* directement d'une relation morale, entendue comme relation entre des sujets libres et égaux comme tels. Le soin nous place d'emblée devant les deux grandes sources de l'asymétrie, qui travaillent contradictoirement **le sujet moderne et démocratique : la vulnérabilité et le pouvoir**. Il est fort tentant dès lors de renoncer à normer la relation de soin par la morale de la dignité, ou la politique de l'égalité, de la déplacer vers le double champ d'une critique du pouvoir ou d'une éthique de la sollicitude. Or, ce qui précède nous semble permettre à la fois une telle critique et une telle éthique, et même les appeler l'une et l'autre, mais à la condition de les situer toutes les deux dans une relation qui comporte en elle-même une double exigence de liberté et d'égalité, on dira aussi d'individualité et d'universalité. De fait, **le critère du soin parental est aussi la rupture créatrice qui permet l'individualité, tandis que la limite du soin médical, dans l'abus de pouvoir, suppose une égalité fondamentale derrière l'asymétrie entre la compétence et la maladie**. Bref, être un soi individuel et un sujet libre sont les deux effets majeurs du soin, de la sollicitude

et de la critique elles-mêmes, bien loin d'être rendus impossibles par elles. Certes, et ce sera le troisième point à souligner, on ne reviendra pas à la relation de soin comme face à face direct entre libertés ; il faudra tenir compte d'une autonomie affectée par la maladie, construite par le soin, ébranlée par la compétence, restaurée par la critique. Tels sont les éléments d'une éthique et d'une politique de l'asymétrie, qui n'est pas l'inégalité, mais qui conduit vers une pensée concrète de la relation, dans le souci de l'égalité et de la liberté compatibles avec la vie, la produisant même comme vie *humaine*.

On voit du même coup en quoi il ne peut y avoir que *des* relations de soin, mêlant à des degrés divers ce que nous avons appelé le parental et le médical, et cela sans les confondre. Non seulement le parental comporte du médical et inversement. Mais l'asymétrie même des sujets suppose désormais l'institution d'une communauté diversifiée du soin. Les rôles intermédiaires sont en un sens les plus difficiles. L'infirmière doit-elle mater ou prescrire ? Doit-elle envelopper ou mesurer ? L'assistante sociale doit-elle soutenir ou restreindre ? Doit-elle reconforter ou sanctionner ? Ces questions se posent, sans aucun hasard, aux points les plus sensibles de notre société. Ce que l'on a tenté ici, c'est de dissocier les éléments purs de ce qui se présente comme un mélange confus, précisément pour faire de cette confusion opaque une articulation appelée à s'éclaircir, et cela au cas par cas, et par des études que nous appelons de nos vœux. Il y aurait violence à nier la part du parental ou du thérapeutique, dans toutes les relations de soin, aussi bien que celle du médical ou de la thérapeutique ; et il nous semble propre à la société moderne, débarrassée aussi bien du paternalisme que du spectre du pouvoir médical (l'un et l'autre toujours cependant à l'horizon), de comporter tous les échelons, de la thérapie analytique aux soins palliatifs. C'est dans ce cadre enfin, en y conjoignant les remarques précédentes sur le sujet individuel et sur la critique politique, c'est-à-dire aussi sur le sujet juridique et le citoyen, que devraient être pensés les difficiles problèmes de l'éthique médicale.

Ainsi le soin est-il bien au cœur d'un présent marqué à la fois par le pouvoir sur la vie, les nouvelles techniques médicales et biologiques, d'un côté, et la nouvelle vulnérabilité de la vie, à la fois écologique et éthique,

de l'autre. C'est bien entendu par là qu'il est aussi un modèle possible pour l'ensemble des autres relations morales, de la relation parentale (qui ne se réduit certes pas au soin) à la relation politique, en passant par exemple par l'enseignement, la justice, l'amitié ou l'amour. C'est qu'à chaque fois on doit, nous semble-t-il, procéder au même renversement. On ne pensera pas la relation de soin à partir d'une essence de la vie ou de la justice ; c'est au contraire la dimension vitale et la dimension morale des relations humaines qui apparaissent de l'intérieur même du soin comme relation primitive. Il en est ainsi de toute relation, liée aux exigences d'une vie qui n'est pas une force anonyme, ni un privilège individuel, mais est chez l'homme avant tout relationnelle, et qui communique, qui engendre même ce que l'homme a de mental, de moral et de politique, par les ruptures dont la pathologie est en soi le premier modèle. C'est donc à une éthique et à une politique des relations que l'on semble conduit. Elle reposera sur le double sens du soin : l'attention mutuelle entre les hommes, mais aussi la précision méticuleuse qui seule préserve l'objet même de leur relation. « Prendre soin », c'est à la fois se relier les uns aux autres, de manière individuelle, expressive, globale, et s'absorber dans le détail minutieux de la chose, avec le dévouement technique mis à la préserver de la dégradation ! Ainsi, devant les maux qui affectent les hommes, on pourrait exiger, sinon la perfection de ces deux formes du soin, du moins le refus de leur double contraire, c'est-à-dire des formes les plus graves de la négligence.