



HAL
open science

Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée

Eve Gardien

► **To cite this version:**

Eve Gardien. Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée. Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée, 2009, France. <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=373>. hal-00673251

HAL Id: hal-00673251

<https://hal.science/hal-00673251>

Submitted on 27 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Soins et rééducation au péril de l'intimité partagée par nécessité

Eve Gardien

Sociologue

Chercheur associé au MODYS

(CNRS – univ Lyon2 – univ Jean Monnet St Etienne)

Résumé : La rééducation et la réadaptation fonctionnelles de l'homme accidenté, telles qu'elles sont généralement conçues aujourd'hui dans les services de soins de suite français, visent la récupération maximale de son potentiel corporel par l'homme blessé. Ce projet thérapeutique et l'organisation rationnelle des soins qui le sous-tend, sont journalièrement en butte à des enjeux interactionnels et éthiques. Ces derniers risquent à tout moment, s'ils ne sont pas pris en considération, de faire obstacle de manière radicale aux programmes médicaux. En effet, tout patient n'a pas pour objectif premier de se maintenir en vie ou encore de restaurer autant qu'il est possible son état de santé. Ainsi l'observation des interactions quotidiennes entre soignants et soignés montre toute l'importance de la gestion morale de l'institution intimité. En effet, celle-ci suscite de nombreuses émotions tant du côté de l'homme blessé que des intervenants médicaux, lesquelles émotions viennent régulièrement mettre à mal la possibilité même des interactions entre patients et professionnels. Ainsi l'ordre médical rationnel, scientifique et techniciste est constamment sur la brèche en raison de cette indétermination de l'action publique qu'engendre la pénétration de l'intimité corporelle du blessé par nécessité. Comment l'entrée des professionnels du soin dans l'intimité corporelle de l'homme accidenté vient-elle troubler l'ordre interactionnel ? En quoi cette intrusion dans la sphère intime porte-t-elle atteinte au patient ? Comment est négocié ce paradoxe d'une pratique soignante causant des dommages collatéraux ? Autant de questions auxquelles cette contribution tente d'apporter quelques éléments de réponse.

Mots-clefs : reconnaissance – accident – intimité – soin – rééducation – handicap – émotion – intrusion - interaction

L'accident provoque un changement corporel brutal. Soudainement, l'homme blessé est confronté à une transformation radicale de son incarnation, radicale au sens où cette évolution somatique fait rupture avec le changement corporel quotidien, tout en continuité et en fluidité, au fil du temps qui passe. L'accident génère et impose un nouveau potentiel¹ corporel. L'homme accidenté est alors pris en charge en milieu sanitaire par des professionnels du soin et de la rééducation. Or, coudoyer quotidiennement des personnes gravement traumatisées ne s'improvise pas, travailler auprès d'elles sur le long terme implique un réel engagement professionnel et suppose d'affronter au jour le jour les enjeux éthiques que cette pratique ne manque pas de soulever.

Le propos qui va suivre, s'inscrit dans une perspective sociologique interactionniste de l'action publique. Il s'appuie sur une enquête de terrain auprès de personnes accidentées, traumatisées médullaires et des professionnels qui les côtoient au quotidien. Les éléments et arguments qui seront mobilisés, sont issus de l'analyse, par croisement de données, d'un matériau riche et conséquent, matériau issu d'une enquête de terrain de type ethnologique, qui s'est étendue sur une année entière. Cet investissement à plein temps a permis le recueil d'environ 800 pages de prise de notes *in situ*, a rendu possible l'interview d'une centaine de professionnels de la santé et de patients, a donné l'opportunité du recueil et de l'examen de nombreux documents et archives internes à l'établissement sanitaire qui a accueilli ce travail.

Au sortir du service de réanimation, les premiers mois de rééducation fonctionnelle sont toujours le temps de l'expérience d'une grande dépendance à autrui, relative à la satisfaction des besoins primaires et à la mise en œuvre des actes de la vie quotidienne. Les lésions médullaires consistent en une atteinte à l'intégrité de la moëlle épinière, et ont pour conséquence directe des troubles voire l'impossibilité de la transmission de l'information entre le cerveau et la partie corporelle sous-lésionnelle. Ainsi, le tableau clinique habituel, hormis le fait que ces personnes ont perdu l'usage de leurs jambes, peut se décliner en quatre dimensions au moins : 1) des troubles de la motricité et du tonus, 2) des modifications de la sensibilité : hyperesthésie, hypoesthésie, insensibilité localisée, douleurs neurologiques, et un ensemble de sensations difficilement qualifiables, 3) des transformations du fonctionnement des intestins, des sphincters, de la vessie, etc., 4) de nouveaux dangers plus ou moins prévisibles : risque cardiovasculaire, risque osseux, risque cutané, notamment.

Cette expérience corporelle extra-ordinaire s'inscrit dans un cadre social particulier, à savoir : un service ou un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, lequel participe à l'offre de soins de suite en moyen séjour sur le territoire français. Ce milieu social

¹ Au sein des services de rééducation et de réadaptation fonctionnelles en France, il est d'usage courant de viser la « récupération » du patient dans le cadre des pratiques médicales et paramédicales. Le terme « récupération » sous-tend alors l'idée de retrouver au plus près le corps antérieur à l'accident. Or, l'analyse des processus mis en œuvre lors de la rééducation montre deux choses. Tout d'abord, il s'agit certes pour chaque patient de satisfaire *grosso modo* les mêmes besoins corporels et de mobiliser les mêmes fonctions organiques pour assurer son indépendance dans la vie de tous les jours. En cela, le corps ressemble à ce qu'il était avant l'accident. Cependant, pour ce faire, l'homme blessé développera d'autres usages de son corps, en fonction des amplitudes articulaires mobilisables, de la musculature partiellement retrouvée, de l'équilibre nouvellement appris, du poids perdu ou pris, de la repousse des nerfs en cours, etc. En ce sens, c'est bien d'un potentiel corporel en développement dont il s'agit, non pas d'un donné organique réifié dans ses récents changements et limitations liés à l'accident.

spécifique est la résultante de l'agencement d'un ensemble de conventions négociées, et très largement maintenues, par les différents acteurs les produisant. Cette institution, ses contraintes et ces usages, s'imposent à l'homme blessé, sans autre alternative possible² en raison du traitement social normalisé de sa situation corporelle : de fait, il endosse le rôle de patient.

Pour autant, l'ordre médical n'est pas immuable (Strauss, 1992). Et s'il semble tout d'abord massivement assujettir le patient au nom d'un projet médical relatif à sa « récupération », reste qu'au cours des interactions quotidiennes certaines marges de négociation apparaissent, et ce d'autant plus que les patients n'ont pas toujours pour visée de rester en vie ou encore de rétablir un état de bonne santé. Ainsi, certains enjeux, éthiques notamment, se manifestent et ébranlent donc parfois profondément cette institution médicale, au risque d'altérer substantiellement la mise en œuvre du projet thérapeutique. Pour n'en citer que quelques-uns, rappelons l'enjeu de l'information du patient et de ses proches, celui de l'annonce du handicap, celui de l'autonomie de l'individu au sein d'un collectif, ainsi que la question du libre choix, celle de la protection de la personne, la gageure de l'éducation à la santé et de la responsabilisation du patient, ou encore celle de la participation de l'homme accidenté au sein de l'organisation médicale, et bien d'autres encore...

C'est à une de ces menaces radicales vis-à-vis de l'ordre médical, et paradoxalement banale, que nous allons tout particulièrement nous intéresser ici : l'intimité corporelle partagée par nécessité. En effet, l'observation de terrain montre que l'institution de l'intimité corporelle se révèle être un obstacle parfois, une limite souvent, au bon déroulement du projet thérapeutique, tel qu'il est pensé par les professionnels du monde médical. Pour ce faire, nous déclinons dans un premier temps le contexte de l'action publique, pour approfondir ensuite les émotions générées au cours de ladite action et ce qui fonde institutionnellement leur gestion. Puis, nous tenterons de montrer en quoi ces situations et émotions partagées sont articulées aux « topiques de la dignité ». La théorie d'Axel Honneth sera alors mobilisée pour permettre de discriminer les différents niveaux de l'atteinte portée à l'homme blessé en termes de reconnaissance. Nous décrirons enfin comment les professionnels s'engagent concrètement auprès des accidentés, comment les deux parties coopèrent pour réduire autant qu'il est possible les dommages collatéraux à l'activité de soin.

Éléments de contextualisation de l'action publique

A son arrivée dans le service, le blessé est « installé » dans sa chambre et, corollairement, investi du rôle de patient. De l'interprétation de ce rôle va découler une inscription du traumatisé médullaire dans un autre système relationnel d'attentes réciproques (Gardien, 2009), modifiant de manière considérable les rituels proxémiques. En effet, tout blessé, quel qu'il soit, est assujetti, en qualité de patient, à l'obligation de dévoiler journalièrement son intimité corporelle aux soignants, s'il ne veut pas contrevenir aux conventions d'un ordre médical bien institué. Plus avant, il doit accepter d'être regardé et touché par tout soignant ou rééducateur dans l'exercice de ses fonctions.

En outre, ce dévoilement quotidien de l'intimité corporelle est bien évidemment aussi à comprendre au regard d'une nécessité toute organique. La dépendance de l'homme accidenté implique des tiers pour la satisfaction de ses besoins vitaux et la mise en œuvre

² Plus précisément, au jour d'aujourd'hui, l'Hospitalisation A Domicile (HAD) est une option possible pour des soins relevant de la catégorie « rééducation et réadaptation fonctionnelles », mais cette alternative est encore peu usitée.

des actes de la vie quotidienne. Est-il seulement possible de refuser de se plier à ces conventions sans mettre sa vie en péril ? Car, comment uriner sans être sondé³ ? Comment déféquer sans la pratique d'un « toucher rectal »⁴ ?

Enfin, cette mise à nu journalière est la condition de la préservation d'une présentation de soi socialisée. Est-il sérieusement envisageable de refuser ces pratiques qui donnent à voir son intimité corporelle, sans renoncer à maintenir une apparence décente ? Car, comment préserver une certaine hygiène corporelle sans accepter d'être nettoyé par autrui ? Comment s'habiller sans l'aide d'une tierce personne ? Ainsi, la mise à nu de l'homme accidenté est tout à la fois un impératif biologique et une injonction sociale et médicale.

Or, l'homme blessé arrive à l'hôpital après avoir intériorisé toute sa vie durant les valeurs, les normes et les usages d'une socialisation corporelle ordinaire (Le Breton, 1983). Le corps a notamment été institué comme un espace personnel, dont il est le maître. Par voie de conséquence, cette « profanation de l'espace personnel » (Goffman, 1973) de l'homme accidenté, malgré les nécessités qui la sous-tendent, n'est pas anodine pour l'individu qui la subit, loin s'en faut. Si les principes fondant à bas bruit l'ordre interactionnel médical semblent naturels à chacun, si personne ne remet en cause le fait de se dénuder devant les professionnels du soin, de se laisser palper et ausculter- ce qui montre la force d'une imprégnation sémantique en socialisation primaire - reste qu'il ne s'agit pas de situations faciles à vivre pour autant. L'enquête de terrain révèle que, ce profond malaise déclenché par l'impératif de dévoiler son intimité corporelle aux soignants, lesquels ne sont ni des intimes, ni des personnes choisies, concerne la quasi-totalité des patients.

De fait, l'intimité corporelle est une véritable institution sociale (Bologne, 1997) qui, si elle prend des contours variés en fonction des cultures, des statuts, etc., n'en est pas moins très consistante et très intégrée dans les esprits. Et c'est cette institution qu'est l'intimité qui vient affronter l'ordre médical, en limitant, parfois de façon assez radicale, par les émotions qu'elle suscite, le champ des possibles en matière de soins.

Des émotions qui viennent affronter l'ordre social et médical

De quelles émotions cette mise à nu pluri-journalière est-elle le catalyseur ? C'est à une pléiade de ressentis que cette interrogation renvoie, et du côté de l'homme blessé, et du côté des professionnels. Il y a une première série d'émotions, relative au jugement esthétique probable : la peur de ne plus être désirable, l'appréhension d'être devenu monstrueux, la crainte qu'un certain nombre de petits défauts jusqu'alors cachés deviennent chose publique, et, corrélativement du côté des soignants et des rééducateurs, l'inquiétude relative aux conséquences du moindre regard posé sur le corps accidenté, l'ambivalence d'une volonté de renarcissiser le patient sans pour autant le séduire, la peur d'être en position de voyeur, etc. En outre, un autre panel d'émotions déstabilisant l'ordre médical s'agrège autour de la question du désir. C'est probablement là le nœud de quantité de tensions inextricables. En effet, la pénétration de l'espace intime d'autrui suggère la possibilité d'une attirance sexuelle. Et force est de constater que cette évocation, si elle n'est que très peu verbalisée ou objectivée, provoque des effets quant à eux bien réels, avec l'explosion au cœur de la scène sociale de peurs relatives au désir sexuel. Cette crainte peut prendre des formes variées, tant pour l'homme accidenté que pour les professionnels : la

³ Sondage : action d'introduire une sonde dans l'urètre afin d'évacuer l'urine contenue dans la vessie.

⁴ Toucher rectal : introduction de l'index ou du médium dans la cavité naturelle du rectum pour, dans notre cas précis, stimuler le réflexe excréteur.

peur d'éprouver du désir et d'essayer une fin de non-recevoir, l'appréhension d'être désiré et de devoir gérer une mise à distance de l'intrus, l'inquiétude face à des réactions imprévisibles et surtout involontaires d'un corps sans lien aucun avec les affects ressentis, la gêne de mettre autrui dans une situation délicate, la tension de ne pouvoir cacher ses émotions... Enfin, un dernier cortège d'affects défiant les priorités sanitaires mérite d'être mentionné, notamment parce qu'il met en lumière quelques-unes des dimensions participant à l'expérience de la vulnérabilité et de la dépendance. Il s'agit alors de l'appréhension d'entrevoir de la pitié ou bien de la condescendance dans le regard de l'autre, de la colère ou de l'abattement face à sa propre impuissance, de l'inquiétude et de la révolte devant les capacités intactes d'autrui et le pouvoir entre ses mains qui en découle, etc. En face, les professionnels expérimentent eux aussi diverses émotions : la gêne de rappeler à l'homme blessé ce qu'il n'est plus, l'impuissance face à l'ampleur de ses désirs ou exigences en matière d'aide humaine évidemment nécessaire pour que son quotidien ne se réduise pas uniquement à la satisfaction de ses besoins primaires, la fatigue et la saturation au regard du flot de demandes incessantes émanant de l'ensemble des usagers d'un service de soins, l'inquiétude de brusquer ou de traumatiser l'homme accidenté par la pratique de certains soins dits intrusifs, etc. Le partage pour nécessité médicale de l'intimité corporelle du blessé a bien pour corollaire un malaise intense, qui ne peut bien souvent s'exprimer que sur le mode de l'humour décalé quand il n'est pas tout simplement dénié ou évité.

Ce florilège d'émotions, pour le moins désagréables, renvoie à un enjeu social majeur. Il met en exergue le paradoxe dans lequel s'inscrit la pratique professionnelle soignante lorsqu'elle pénètre l'intimité corporelle du patient : le soin est transgression (Dutrige, 1998) et possible humiliation, voire dégradation d'autrui. De fait, malgré toute la bonne volonté et les intentions louables du personnel, la pénétration pourtant autorisée de l'intimité corporelle du patient est porteuse, en raison des significations qui lui sont spontanément attribuées, d'un risque majeur et permanent d'atteinte à l'intégrité physique, psychique et sociale de l'homme blessé. Le soignant est captif d'une double injonction paradoxale : respecter le patient et rentrer dans son intimité pour le soigner. L'homme blessé est, quant-à-lui, confronté à un dilemme cornélien : être soigné, et, préserver son intimité ainsi que sa dignité. L'institution soignante est donc exposée en permanence à un danger d'ordre interactionnel, lequel s'il n'était pas endigué et géré par les différents acteurs, aurait pour conséquence un arrêt de l'activité de soin, le patient n'ayant pas toujours comme priorité de rester en vie ou encore de restaurer autant que possible son état de santé. Et, de fait, l'observation de terrain montre l'importance du temps passé par les soignants et les rééducateurs à négocier avec les patients et leurs proches dans l'objectif que le projet thérapeutique puisse se mettre en œuvre sans trop de restrictions. Des arrangements sont sans cesse construits, déconstruits et reconstruits, qu'il s'agisse de la prise de tel ou tel médicament ou bien de la pratique de tel ou tel soin sur le corps de l'homme blessé.

Essayons de comprendre plus avant les enjeux sociaux qui sous-tendent ces négociations et aménagements récurrents du projet thérapeutique. Pourquoi les patients et leurs proches peuvent-ils faire obstacle au projet thérapeutique, ou encore le freiner dans son avancée, voire même amener à sa modification partielle et parfois substantielle ? Prenons le temps d'un détour pour appréhender l'incidence de ces pratiques soignantes vécues comme intrusives sur la construction identitaire de la personne accidentée.

Des soins comme pratiques modifiant la reconnaissance

Ces modifications considérables des interactions corporelles quotidiennes de l'homme blessé ont nécessairement un impact majeur sur sa socialisation en cours et sur le rapport qu'il entretient avec lui-même, mais aussi avec autrui et la société en général. En effet, l'être humain est constitué identitairement au sein des interactions auxquelles il participe, notamment par la reconnaissance qu'il reçoit ou non.

Axel Honneth (1992, trad. française en 2000) propose une théorie de la socialisation et de la formation de l'identité du sujet mettant en lumière toute la nécessité de l'intériorisation par l'individu d'expériences de reconnaissance par autrui, et de leur réitération au cours du temps, à la fois pour lui permettre de se développer pleinement, à la fois pour préserver son intégrité. « *Chaque être humain est fondamentalement dépendant du contexte de l'échange social organisé selon les principes normatifs de la reconnaissance réciproque. La disparition de ces relations de reconnaissance débouche sur des expériences de mépris et d'humiliation qui ne peuvent être sans conséquences pour la formation de l'identité de l'individu.* »⁵

Il reprend, pour ce faire, un certain nombre des apports de Georg Herbert Mead permettant d'articuler socialisation et reconnaissance par autrui. En effet, Georg Herbert Mead (1963 pour la trad. française) souligne le lien essentiel entre identité et reconnaissance intersubjective.

Selon cet auteur, l'individu prend conscience de lui-même en tant que « moi » lorsque deux conditions sont remplies au moins. La première condition est que l'individu puisse se prendre pour objet de réflexivité. La deuxième condition nécessaire est que le sujet soit confronté à la perspective cognitive d'autrui le concernant. Georg Herbert Mead montre que c'est la perception, la compréhension et l'apprentissage de cette reconnaissance de lui-même par autrui qui permet au sujet de fonder sa propre cognition de lui-même. Ainsi, ce « moi » auquel est rapporté un ensemble d'expériences subjectives, est saisi à travers le prisme des représentations que le ou les partenaire(s) d'interaction produi(sen)t. Le « moi » est donc la résultante des capacités cognitives du sujet et de ses interactions concrètes avec autrui. Par voie de conséquence, les évolutions des jeux interactionnels peuvent amener à une transformation des reconnaissances intersubjectives et ainsi modifier l'identité de la personne. L'identité n'est pas un donné.

Dans les situations de soins qui nous occupent, l'intrusion pourtant consentie des soignants dans l'intimité corporelle de l'homme blessé modifie le regard que ce dernier pose sur lui-même. En effet, ces expériences évoquent en premier lieu la dépendance du tout-petit, et beaucoup de patients se comparent au nourrisson. Pour quelques-uns cependant, c'est la vieillesse qui est plus spontanément suggérée à leur conscience. Ils mentionnent alors la dépendance de « vieillards » à leur progéniture. A l'évidence, ce sont les situations de grande dépendance qui apparaissent comme donnant sens à l'expérience vécue, situations qui ne participent pas usuellement, dans le sens commun, d'une identité d'adulte actif. Ce premier écart de sens déstabilise particulièrement l'idée que produit l'homme blessé de lui-même, lequel écart de sens sera surdéterminé par la compréhension à venir de la permanence de cette dépendance.

Par ailleurs, Georg Herbert Mead rappelle qu'au cours des interactions de l'individu avec ses différentes relations, des normes, des attentes a priori, sont mises en jeu. Ainsi, lorsque le sujet élabore et intériorise progressivement une intelligence de sa personne, c'est au travers de la perspective normative d'autrui.

⁵ Axel Honneth (2004), *La théorie de la reconnaissance : une esquisse*, Revue du MAUSS, n°23, p.133

Or, précisément, ces représentations normatives intériorisées bien avant l'accident, sont réactivées par l'individu lui-même pour évaluer sa place au sein de l'interaction sociale en cours. Il connaît les significations associées à l'intimité corporelle dans le cadre de cette culture contemporaine. Et, par voie de conséquence, il mesure tout à fait les significations qui peuvent être accolées aux pratiques soignantes, bien que dans le même temps il soit persuadé de leur pertinence et de leur nécessité étant donné son état de santé. Ainsi, plusieurs patients utilisent le vocable de « viol » pour qualifier certains soins dispensés, d'autres se racontent comme des « objets » livrés aux mains d'autrui. Nombre de soignants expriment leur crainte et leur malaise vis-à-vis de ce type de ressentis chez les accidentés. De fait, l'homme blessé se sent atteint dans sa dignité, et sans échappatoire aucune.

Plus avant, en se reconnaissant à travers la perspective de l'autrui généralisé, l'individu peut alors se penser comme une personne juridique, avec des droits et des devoirs, ainsi que tout un chacun. Il peut alors anticiper ses obligations mais aussi escompter un certain traitement à son égard. Si l'individu intériorise cette reconnaissance de ses droits et de ceux d'autrui, il pourra alors développer un certain respect de soi. Ainsi, le respect de soi n'est pas un donné, mais bien un construit collectif.

Force est de constater que cette situation de pénétration de l'intimité corporelle enfreint légalement le principe d'inviolabilité du corps humain, l'intérêt médical autorisant une dérogation. Ainsi, l'homme blessé se trouve en la situation sociale particulière d'avoir des droits restreints en matière de gestion de son intimité corporelle en raison de son état de santé et de sa grande dépendance. Cet état de fait, même si il est aisément compréhensible, n'est pas sans impacter le respect de soi qu'éprouve l'homme accidenté pour lui-même. De surcroît, il réalise progressivement qu'un certain nombre des droits et devoirs qu'il s'attribuait usuellement, sont *de facto* limités ou modifiés dans leur mise en œuvre par les implications médicales et sociales de sa situation corporelle. Par exemple, le droit à la protection de son intimité - à entendre au sens large de vie privée - est largement compromis par son hospitalisation. Certains patients énoncent leur sentiment d'être un « citoyen de seconde zone », soumis qu'ils sont à l'impératif médical.

Corollairement, cette reconnaissance de soi et de l'autre comme personne juridique a pour conséquence directe le développement d'un autocontrôle en raison de l'intériorisation de cette volonté collective que sont la loi, les usages et les règles de vie transmises par le milieu de vie. Ainsi, toujours selon Georg Herbert Mead, le sujet devient responsable moralement. Mais précisément, dans le cas de la gestion partagée de l'intimité corporelle, l'homme accidenté n'est pas seul engagé. La responsabilité professionnelle des personnels soignants s'afférant autour de lui, est prioritairement mise en avant, tout du moins tant qu'il sera hospitalisé. C'est donc à une prime expérience de déresponsabilisation qu'est affronté le patient, et peut-être même plus avant, à une expérience de dépossession de sa chair même. Ce vécu s'estompera partiellement avec les apprentissages relatifs aux techniques de l'intimité que lui proposeront les soignants et les rééducateurs dans un deuxième temps de sa trajectoire sanitaire.

Enfin, Georg Herbert Mead développe les caractéristiques d'une deuxième instance psychique participant à la construction identitaire de l'individu : le « je ». Cette instance psychique s'exprime par sa créativité et sa spontanéité, elle correspond à la réaction de l'individu face aux attentes normatives de la communauté. Elle trouve sa satisfaction dans le développement de l'autonomie individuelle et la réalisation personnelle.

Or, l'homme blessé a très peu de latitude en matière de choix et de maîtrise des normes de traitement de son intimité. C'est au cœur même de la gestion de son intimité qu'il découvre

l'ampleur de sa perte d'autonomie et non pas la seule limitation temporaire de son indépendance fonctionnelle. De fait, l'homme accidenté ne peut plus effectuer les gestes nécessaires à sa vie quotidienne, mais avant tout il n'est plus le maître de son intimité. Elle est gérée pour lui. En outre, la prise en compte de son individualité dans sa singularité est peu envisageable en raison des contraintes liées à la vie en collectivité, la charge de travail des soignants, le formatage des pratiques lié aux effets de conformation d'un travail en équipe et de la formation antérieure des professionnels, etc. Enfin, l'homme blessé peut difficilement faire reconnaître la spécificité de ses besoins et de ses aspirations, et ce d'autant plus que lui-même ne comprend encore que peu son potentiel corporel actuel. Ainsi, le patient se trouve en situation d'être traité de la même manière que tous les autres patients dans son état de santé, ce qui ressemble fort, dans une certaine mesure seulement, à une non-reconnaissance de sa personnalité pour des raisons de service bien compréhensibles.

Ainsi, la reprise d'éléments constitutifs des trois formes de reconnaissance distinguées par Axel Honneth, permet d'appréhender plus précisément les implications pour l'homme blessé de cette effraction de son espace personnel. Il s'agit effectivement d'une atteinte à son intégrité physique, psychique et sociale, et cela malgré les raisons médicales qui officient à la mise en acte de ces pratiques. Les significations culturellement associées à ces interventions subies, ne peuvent être effacées d'un coup de baguette magique d'un seul.

Maintenir le projet thérapeutique : négociations et coopérations

Les soignants comme les rééducateurs sont bien au fait du danger interactionnel qui sous-tend leurs pratiques quotidiennes. Ils tentent à la fois de poursuivre leurs objectifs thérapeutiques et rééducatifs, à la fois de traiter le plus dignement possible l'homme blessé. Les patients sont quant à eux convaincus de la nécessité d'une grande part des soins, malgré la violence de certains de leurs ressentis émotionnels. Ils tendent à les tolérer, tout du moins tant qu'ils ne sont pas suffisamment indépendants d'un point de vue fonctionnel. C'est pourquoi, malgré la difficulté évidente du jeu interactionnel en cours, celui-ci se déroule sans trop pâtir dans un premier temps. Les soignants et les rééducateurs s'engagent durablement dans ces situations, ou bien quittent rapidement leurs fonctions après quelques mois de service. Les patients, quant-à-eux, coopèrent dans une certaine mesure seulement. Voyons les modalités pratiques de ces arrangements, ainsi que leurs limitations.

La première modalité concrète de coopération observable entre les patients et les professionnels lors de situation de pénétration de l'intimité corporelle est l'évitement (Goffman, 1974 pour la trad. française). Chacun des protagonistes agit comme si ce qui était en train de se dérouler dans la situation partagée n'était pas une atteinte à l'intégrité physique et psychique du patient. Nombre de patients racontent s'absenter à leur corps, pour tenter de ne pas être touchés physiquement comme psychiquement par les gestes techniques du soignant. Pour soutenir cette inattention volontaire à leur corps, les accidentés tentent couramment de focaliser leur attention ailleurs. C'est là précisément que les soignants coopèrent, en étayant cette échappatoire par la proposition de sujets de conversation dont ils savent qu'ils peuvent passionner l'homme blessé. C'est donc avec tact que les soignants soutiennent le patient dans son effort de résorption des émotions violentes et envahissantes qui découlent des significations attribuées à la situation de pénétration de l'intimité corporelle.

Une seconde modalité de coopération observable entre patients et professionnels porte sur une tentative de négociation collective du sens accolé à la situation de pénétration de l'intimité. Pour autant, comme ces négociations sont sans cesse à reproduire, force est de constater leur vulnérabilité face au sens commun. Plusieurs options tactiques sémantiques sont repérables. Tout d'abord signalons l'option « faire comme si de rien n'était... ». Dans ce type de négociation, le professionnel comme le patient agissent de concert pour soutenir tous deux leur adhésion à une version singulière et réduite de la situation partagée : il s'agirait uniquement d'actes à caractère professionnel, aucune autre signification ne pouvant être adjointe. La fonction du toucher a toujours un sens extrêmement explicite et strictement fonctionnel, généralement rappelé verbalement en amont de l'exécution de l'acte pour éviter toute interprétation litigieuse. Le regard est contrôlé, neutralisé dans sa fonction technique, il ne peut et ne doit rien signifier d'autre. Aucun autre enjeu ne saurait pénétrer l'espace d'échanges entre le patient et le professionnel. La relation est aseptisée volontairement par les deux parties, qui renoncent donc à toute autre forme de transaction. Les émotions n'ont pas droit de cité. On technicise et neutralise la relation autant que possible : prise de rendez-vous car il s'agit de prendre en compte les contraintes des deux parties, blouse blanche boutonnée jusqu'au col de rigueur, temps de présence face à la nudité réduit à son strict minimum. Une autre option tactique peut être choisie par les deux parties : le détournement de sens. Là encore, le professionnel et le patient coopèrent à s'accorder sur des significations tout à fait inusuelles qui peuvent d'ailleurs singulièrement modifier le déroulement de l'action de soin ou de rééducation. Par exemple, l'apprentissage de la toilette sous la douche peut devenir une joyeuse séance d'arrosage réciproque, dont ils se reparleront longtemps... Enfin, une troisième option en matière de négociation de sens consiste en une opération de dédramatisation à l'initiative du soignant, à laquelle adhère avec une certaine bonne volonté le patient. Le professionnel entreprend donc un discours, souvent sur le mode théâtral, qui jette la lumière de manière paroxystique sur les peurs des blessés, et donne à rire tant la caricature est excessive. Parfois sur le ton de la confiance, le professionnel rajoute une anecdote le concernant personnellement, où il se trouve lui-même dans la situation de perdre la face en raison de difficultés intestinales variées, d'une envie irrépressible d'uriner, etc. Il s'agit pour le professionnel de montrer combien il comprend les émotions de la personne, sans pour autant cautionner l'état dans lequel elle se trouve, afin de l'aider à surmonter ses émois. Seuls les professionnels qui sont suffisamment habitués à ces états de tension, dont les rituels proxémiques ont été notablement modifiés du fait d'une longue pratique professionnelle, peuvent investir cette modalité d'action et proposer ce type d'interaction aux patients.

Une troisième modalité de coopération entre professionnels et patients consiste en l'éducation du patient. Ce dernier a alors l'opportunité d'apprendre à effectuer les gestes qui lui permettront d'être indépendant, autant que cela lui est possible, dans la gestion de son intimité corporelle. Cette modalité de coopération ne peut donc pas être envisagée dans un premier temps de la trajectoire sanitaire. De fait, il est nécessaire préalablement que le patient est suffisamment développé son potentiel corporel et récupéré de masse musculaire, qu'il se soit approprié un nouvel équilibre, qu'il puisse mobiliser un panel assez large de gestes. Une fois cet état de possibles atteint, il s'agit de convaincre le patient d'adhérer à l'idée de prendre en charge ses soins et son intimité. Si beaucoup sont ravis de trouver une issue à leurs tourments, quelques-uns peuvent refuser d'envisager cette autonomisation, et ce pour diverses raisons : l'inquiétude de devoir quitter l'établissement sanitaire, la peur d'abîmer son corps par sa propre maladresse, l'appréhension de ne pas

être à même de produire des gestes suffisamment habiles et de générer davantage de douleur, le doute quant à ses capacités, etc. Alors, de nombreux arguments sont déployés par l'équipe entière, avec force persuasion, lesquels parviennent généralement à persuader les plus récalcitrants du bien-fondé du projet. Par ailleurs, ils connaissent généralement plusieurs de leurs pairs déjà indépendants dans la gestion de leur intimité, argument qui fait poids dans l'échange. C'est alors qu'une coopération s'instaure autour de l'apprentissage par étapes des différentes techniques du corps, dont ils useront ensuite dans leur quotidien.

Des limites apportées au projet thérapeutique

Pour autant, si coopération il y a, celle-ci reste limitée, souvent avec la caution implicite de nombre de soignants. Plus avant, la coopération peut même porter sur l'évitement radical de certaines situations, et ce malgré les enjeux médicaux.

Par exemple, toutes les techniques de l'intime ne sont pas transmises - le « TR »⁶ notamment - sans que cela fasse l'objet de discussion et de l'établissement d'un consensus entre professionnels. Corollairement, les accidentés ne sollicitent aucunement de faire un apprentissage guidé du « TR », bien que certains le pratiquent journalièrement. Or, cette technique du « TR » peut engendrer des effets secondaires non négligeables, à savoir : des malaises vagues, des problèmes cardiaques, des hémorroïdes, un prolapsus anal. Et les patients sont rarement informés de ces incidences. Mais s'ils l'étaient, il est probable que cela ne changerait en rien leurs perspectives. Il semblerait qu'il existe un accord tacite entre les deux parties, accord qui ne peut se comprendre au regard des enjeux médicaux, mais qui trouve tout son sens dans les significations collectivement attribuées à ce soin intrusif.

Par ailleurs, il est fréquent de constater qu'un rééducateur, venu dans l'exercice de ses fonctions en service infirmier, dans l'objectif d'apprendre à un patient à se doucher et à s'habiller ensuite, retrouve l'individu en question propre et vêtu à l'heure du rendez-vous pourtant fixé ensemble. Souvent, lorsqu'il traverse le couloir autour duquel se répartissent les chambres, ce même rééducateur est abordé par quelques soignants de l'étage qui l'informent que ledit patient s'est levé aux aurores ce matin-là... De fait, l'homme accidenté a choisi d'affronter seul la douche plutôt que de partager une nouvelle fois son intimité corporelle avec un rééducateur. Probablement a-t-il pris préalablement conseil auprès de ses pairs ou encore auprès de quelques soignants du service pour ce qui est des aspects techniques ? Il lui restera certainement quelques questions pratiques à poser au rééducateur venu l'aider à faire ses apprentissages. Mais le fait est que tout le personnel du service infirmier a laissé faire le patient sans mot dire, et que le rééducateur se plie aussi avec bonne grâce à l'initiative de l'homme blessé. L'évitement est compris par tous et généralement tacitement soutenu par chacun.

En guise de conclusion :

Au terme de cette analyse, l'action publique envisagée en termes de rationalisation, d'organisation, de rentabilité, de protocoles de soin ou encore de technicisation s'efface journalièrement derrière les remous et les méandres que produisent les émotions envahissant la scène sociale des soins, et la gestion morale qui en découle. Force est de constater que le corps n'est pas seulement le corps biologique, qu'il ne saurait être réduit à de la matière organique, qu'il ne peut être résumé au corps mécanique et cartésien d'un programme de « réparation ». Le corps, et plus encore l'expérience qui en est faite, sont socialement constitués (Gardien, 2008). Le corps est un montage socio-organique

⁶ TR : Toucher Rectal. Cf. : note de bas-de-page n°4

(Vigarello, Vivès, 1983), que les soins, la rééducation, mais aussi les affects et leur gestion contribuent à édifier.

Ainsi, si l'engagement des professionnels du soin et de la rééducation vise à rétablir un « bon » état de santé et à optimiser fonctionnellement le nouveau potentiel corporel, ces finalités ne peuvent être atteintes sans un engagement moral des mêmes professionnels dans des situations concrètes de soin et de rééducation. Car, de fait, la poursuite du projet thérapeutique n'a rien d'une évidence, et ne fait pas nécessairement consensus. L'intériorisation antérieure par l'homme blessé de significations relatives à l'intimité corporelle, génère à moult reprises, et pour tout autant de raisons, de multiples restrictions du programme médical. En effet, l'entrée des soignants dans l'espace personnel de l'accidenté implique du point de vue de la plupart des patients une atteinte à leur dignité.

Par voie de conséquence, la poursuite des objectifs de soin nécessite un savoir-faire pratique des professionnels en matière de négociation des interactions, nullement enseigné lors des formations initiales, mais bien bricolé et transmis *in situ*. Trois régimes de coopération ont de fait été observés, à savoir : l'évitement, la négociation collective du sens à attribuer à la situation partagée et l'éducation du patient. Ainsi, si la sollicitude des soignants est mise à rude épreuve par les injonctions administratives et économiques qui encadrent les pratiques professionnelles, en retour cette sollicitude marque elle aussi de son sceau impérieux le cadre de l'action soignante tel qu'il a été rationnellement pensé.

Maintenir le protocole de soin suppose par ailleurs, et nous ne l'avons pas encore signalé, qu'un autre type de reconnaissance sociale soit mis en œuvre, laquelle permet certainement une atténuation de l'effet dévastateur des soins intrusifs pour nombre de patients. De quoi s'agit-il ? Dans son article sur *l'invisibilité sociale*⁷, Axel Honneth montre quelles sont les conditions cognitives et sociales de la reconnaissance. En effet, en se fondant sur l'analyse d'une situation d'invisibilité sociale, qu'il définit non pas comme « *une non-présence physique mais plutôt [comme] une non-existence au sens social du terme* »⁸, Axel Honneth montre tout d'abord que l'invisibilité sociale a pour condition *sine qua none* la visibilité au niveau cognitif, et qu'elle suppose par ailleurs l'absence d'expressions d'empathie liée à cette prime identification cognitive. De là, il poursuit son raisonnement et met en lumière des *symboles d'une action morale*, des gestes expressifs de reconnaissance qui signifient à autrui qu'il peut raisonnablement escompter des comportements bienveillants à son endroit, et le confirment dans sa valeur sociale. Autant de regards, de sourires, d'attentions, de hochements de tête, etc., qui ont été observés à maintes reprises tout au long de l'enquête de terrain. Ainsi, malgré le caractère intrusif de certains soins, l'homme blessé se sait reconnu dans sa qualité de personne *a priori*. Et ces réassurances quotidiennes ne sont pas sans compter pour expliquer la réitération de son accord pour la poursuite de soins pourtant dégradants à ses yeux.

Cette analyse microsociologique permet alors d'apporter une nouvelle pierre à l'édifice plus vaste d'une réflexion sur les cadres sociaux nécessaires à la performance de la personne humaine (Pichon & Ravon, 2006, Peroni, 2006). Au-delà de la restauration d'une indépendance physique minimale fondant auparavant l'homme accidenté, au-delà de la tentative de maintien des relations intersubjectives constituant antérieurement l'homme blessé, ce sont les trois régimes de coopération observés et ces nombreux gestes et

⁷ Axel Honneth (2003, [2004 pour la première traduction française, 2006 pour la présente édition]), *Invisibilité : sur l'épistémologie de la reconnaissance*, in *La société du mépris – Vers une nouvelle Théorie critique*, Paris, éd. de la Découverte.

⁸ *Idem*, p. 225

expressions « rendant justice » à la personne, qui se révèlent être autant de moyens dont se dotent les soignants pour concourir à produire les conditions sociales d'une certaine intégrité physique, psychique et sociale du patient, malgré tout, en attendant une possible mais incertaine accoutumance des patients à ces traitements corporels.

Bibliographie

- Bologne Jean-Claude (1997), *Histoire de la pudeur*, Paris, Hachette.
- Brohm Jean-Marie (2001), *Le corps analyste – Essai de sociologie critique*, Paris, Anthropos.
- Cosnier Jacques, Grosjean Michèle, Lacoste Michèle (1993), *Soins et communication – Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon, PUL.
- Dutruge Anne (1998), « Pour une approche anthropologique de l'intimité », in M-H Boucand (dir.), *Intimité, secret professionnel et handicap* Lyon, Chronique Sociale, pp. 33-42
- Gardien Eve (2008), *L'apprentissage du corps après l'accident – Sociologie de la production du corps*, Grenoble, PUG.
- Gardien Eve (2009), « Du changement corporel à une reconfiguration des liens sociaux : la survenue du handicap », in D. Dussy, F. Fourmaux (dir.), *Aux limites de soi, les autres*, Paris, éd. Persée.
- Goffman Erving (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, éd. De Minuit.
- Goffman Erving (1975), *Stigmates – Les usages sociaux des handicaps*, Paris, éd. De Minuit.
- Honneth Axel (2000), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, éd. du Cerf.
- Honneth Axel (2003, [2004 pour la première traduction française, 2006 pour la présente édition]), *Invisibilité : sur l'épistémologie de la reconnaissance*, in *La société du mépris – Vers une nouvelle Théorie critique*, Paris, éd. de la Découverte.
- Honneth Axel (2004), *La théorie de la reconnaissance : une esquisse*, in *revue du MAUSS*, n°23.
- Le groupe éthique, « Intimité et dépendance », in *Les Cahiers de l'APF*, Paris, APF.
- Le Breton David (1984), « L'effacement ritualisé du corps », in *Cahiers internationaux de sociologie*, LXXVII, pp. 273-286
- Le Breton David (1985), *Corps et société – essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- Mead Georg Herbert (1963), *L'esprit, le soi et la société*, Paris, PUF.
- Peroni Michel (2006), Faire de la « personne » handicapée une entité du monde sensible ou le bon professionnel, la personne handicapée et l'idiot, in M. Peroni & J. Roux (dir.), *Sensibiliser. La sociologie dans le vif du monde*, éd. de l'Aube.
- Pichon Pascale, Ravon Bertrand (2006), « Souci de la relation et accompagnement social : le Samu Social et les camions du cœur », in M. Cohen (dir.), *Associations laïques et confessionnelles : identités et valeurs*, l'Harmattan.
- Rajablat M. (1997), *La toilette : voyage au cœur de l'intime*, Paris, éd. Hospitalières.
- Strauss Anselm (1992), *La trame de la négociation – sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, l'Harmattan.
- Vigarello George, Vivès Jean (1983), « Technique corporelle et discours technique », in *revue EPS*, n°184, pp. 40-47