

# Réseau des Rencontres de la recherche en soins en psychiatrie Groupe de Coordination des Initiatives SocleCare (CGIS)

## Modulations de l'existence humaine : approche anthropologique des dimensions « informelles » des soins

**Résumé:** Les *dimensions informelles des soins* (dispositions et attitudes propices aux soins) font ici l'objet d'une réflexion anthropologique. L'hypothèse consiste à soutenir qu'en psychiatrie notamment, les dimensions informelles, qui innervent la plupart des pratiques quotidiennes de soin, souvent sans recevoir une attention ou un éclairage particuliers, donnent à voir, pourtant, quelques *aspects essentiels et fondamentaux de l'existence humaine*.

**Mots-clés :** soins informels, psychiatrie, care, existence humaine

**De Villers Bénédicte**, docteure en philosophie, doctorante en anthropologie, chargée de recherches et de projets à l'UMPL « PHILEAS », CNP Saint-Martin, rue Saint-Hubert 84, 5100 Dave (Namur), Belgique.

[benedicte.devillers@fracarita.org](mailto:benedicte.devillers@fracarita.org)

Depuis quelques années déjà, les sciences sociales de la santé accordent une attention croissante aux activités de soin dans le processus thérapeutique. Du côté anglo-saxons, les théories du *care* ont insisté sur l'importance de la *posture* d'attention et de sollicitude pratiquée par les infirmières (*caring about*), mais aussi sur les dimensions d'*engagement* et de responsabilité, inhérentes aux actes de soins (*taking care of ; care giving*)[<sup>1</sup>]. Du côté français, l'étude récente de Lanquetin et Tchukriel [<sup>2</sup>] s'inscrit dans cette lignée, en s'attendant à rendre visible les *dimensions informelles des soins infirmiers en psychiatrie*, c'est-à-dire à rendre dignes d'intérêt les « à-côtés » ou les « dessous » du traitement curatif (*cure*) – des

« à-côtés » ou des « dessous » qui visent la satisfactions des besoins fondamentaux et quotidiens des patients, ainsi que l'instauration d'un climat de confiance, favorable au soin et à la thérapie.

Les questions que je propose de soulever sont les suivantes : en quoi une attention portée aux *dimensions informelles* des relations de soin peut-elle être intéressante pour la recherche scientifique, et notamment pour la recherche anthropologique, focalisée sur ce qu'est par essence l'être humain ? Cette attention au domaine des relations informelles permet-elle de renouveler certains thèmes de recherche ou certains termes dans lesquels se posent classiquement des questions anthropologiques ? Pour répondre sans attendre à cette dernière question, mon hypothèse consiste à soutenir que c'est le cas : notamment en psychiatrie, les dimensions informelles, qui innervent la plupart des pratiques quotidiennes de soin, souvent sans recevoir une attention ou un éclairage particuliers, donnent probablement à voir, pourtant, quelques *aspects essentiels et fondamentaux de l'existence humaine* en tant que telle. Telle est en tout cas l'idée que je me propose d'étayer ici.

### **Sciences humaines et quotidienneté**

Les sciences humaines (sociologie, ethnologie ou anthropologie) manifestent depuis longtemps un intérêt certain pour la quotidienneté, c'est-à-dire pour des formes d'existence habituelles et routinières, organisées par des groupes humains. Or, malgré cet intérêt porté vers l'ordinaire, vers le familier, ces sciences semblent pourtant se focaliser sur des moments *significatifs* et *forts* de la vie journalière. Plus précisément, elles se concentrent sur des *moments significatifs du point de vue de l'action* : dans ce contexte l'on s'intéresse aux êtres humains en tant qu'ils sont des « acteurs » ou des « agents », bref : en tant qu'ils produisent, fabriquent, créent, agissent, etc. Ou bien ces disciplines se focalisent sur des *moments forts du point de vue émotionnel* : ce sont alors des événements extraordinaires, bouleversants, porteurs d'émois intenses qui retiennent l'attention – comme ce peut être le cas lors de certains rites, par exemple.

### **Vers un quotidien ordinaire**

Dans ce contexte, une question intéressante a été soulevée et travaillée par l'anthropologue français, A. Piette [<sup>3</sup>][<sup>4</sup>][<sup>5</sup>]. Elle consiste à interroger ce qu'il reste si, en tant que chercheur, l'on procède à une *abstraction* ou à une *suspension*, provisoire et méthodique, de ces actions marquantes et de ces moments forts. En d'autres termes : que se passe-t-il si un chercheur se concentre sur ce qui, de prime abord, semble encore pré- ou in- formel dans le déroulement d'une activité, c'est-à-dire sur ce qui n'est pas entièrement formalisé, prescrit ou programmé ? Ou encore, pour ce qui concerne le versant émotionnel du questionnement : qu'est-ce que cela apporte à l'anthropologue de s'intéresser à *l'humeur*, pour reprendre l'expression de J. Schotte [<sup>6</sup>], ou aux « sentiments de situation » (*Stimmung*), selon les termes de M. Heidegger [<sup>7</sup>], plutôt qu'aux émotions qui sortent de l'ordinaire ?

À suivre A. Piette, l'idée serait que, réduction faite des moments majeurs de la vie humaine et de leur signification sociale, il demeure des *individus* humains, irréductiblement singuliers, qui en somme perdurent dans la vie *en modulant* l'intensité de leur présence et de leurs actions au sein d'un monde intersubjectif. Soit que ces individus *se laissent porter* par un certain nombre de conventions sociales sans prendre trop d'initiatives, soit qu'*ils persistent* dans leur vie avec une énergie minimale, soit à l'inverse qu'*ils agissent* et scandent ainsi le flux du temps avec conviction, soit encore qu'*ils combinent* simultanément plusieurs de ces possibilités. Imaginons, par exemple, qu'ils agissent, mais de façon distraite, nonchalante et minimale. Bref, à mettre entre parenthèses l'attention portée vers des moments extraordinaires et significatifs du quotidien, l'on se donnerait les moyens de mettre au jour *des humains concrets*, sans arrêt en train de moduler, de doser, *présence* et *absence* en situation.

### **Care et soins informels au sein d'une caractérisation anthropologique**

Comment comprendre cette idée de « modulation » de la présence humaine ? ou celle selon laquelle il est possible de conjuguer et de combiner présence sur un mode tantôt *majeur*, tantôt *mineur* ? Je propose de les saisir en fonction du fait qu'il nous appartient, en tant qu'êtres humains, d'être davantage, et autre chose, que des êtres rationnels, capables de contrôle et d'autonomie (ce sujet qui ressemble bien au « sujet moderne » de la philosophie). Nous sommes tout autant des *êtres sensibles, dépendants et attachés* à d'autres êtres (par où l'on rejoint peut-être une conception plus phénoménologique du sujet, attentive à la sphère pathique et sensible de l'existence).

De même, nous sommes capables d'être *ici* dans l'action, par exemple lorsque nous lisons un article de revue, en même temps qu'*un peu ailleurs* lorsque, simultanément, nous songeons à ce qui nous attend dans un avenir proche. Autrement dit, il nous arrive de participer *activement* à des enjeux sérieux (nous menons des affaires importantes), tout en nous réservant la possibilité *d'être un peu distraits* (tout en même temps, nous rêvassons).

Or, tenir compte de cette dimension, que je voudrais qualifier de *dimension pré- ou informelle de l'existence*, me paraît indispensable pour qui veut s'atteler à décrire l'épaisseur, le volume et les qualités de ce qui constitue la présence humaine : cette dimension pré- ou informelle relève de la sphère sensible [8] : elle est ancrée dans la passivité et la réceptivité, et passe le plus souvent inaperçu à nos yeux de sujets passionnés d'activités, de rationalité et d'indépendance. Mais cette dimension, qui se déroule donc le plus souvent à l'ombre de la conscience, n'en constitue pas moins un *réservoir pour l'action* et surtout une *couche fondamentale de l'existence* [9].

Cette idée de mettre en lumière l'*épaisseur* de la vie humaine, nous la retrouvons bien dans l'étude de Lanquetin et Tchukriel qui se demandent, entre autres choses, quelle place demeure pour *l'ordinaire* dans la psychiatrie [10] : leur idée étant qu'à côté des actes médicaux « majeurs », demeure des « petites choses », des « bricolages », des « savoirs faire

discrets », une « intelligence oblique », des « savoirs tacites » ; ou qu'à côté des gestes de *cure* demeure le *care*, ensemble de dispositions et d'actions des infirmiers et d'autres professionnels du soin, qui fondent la richesse et la complexité des relations soignantes qu'ils organisent.

Par conséquent, l'idée serait d'*inscrire cette disposition aux soins informels* (que l'on pourrait décrire comme cette capacité à doser, alterner ou conjuguer action et attitude, gestes techniques et rencontre, etc.) au sein d'une caractérisation de l'être humain en tant que telle. Ce qui reviendrait à affirmer qu'il existe une *valeur anthropologique et ontologique* aux soins informels : au sens où attitudes, dispositions et gestes informels à destination d'autrui, contribuent à faire advenir autrui comme « être humain »<sup>[11]</sup>. En ce sens, ils produisent des *êtres* et comportent donc une dimension ontologique. Ceci rejoint les théories anglo-saxonnes du *care*, au sein desquelles prévaut l'idée que les actes de soin ordinaires, distincts des actes médicaux, participeraient à l'*humanisation* des patients, à leur advenue en tant que *personne*, et feraient ainsi contrepoids, si nécessaire, à l'objectivation du corps humain comme « corps malade ». Encore faut-il se donner les moyens de voir, de repérer ces attitudes et actes de soin ordinaires...

### **Donner à voir les dimensions informelles : quelle méthode choisir ?**

Qu'il me soit permis ici de faire mention d'un petit reportage que j'ai eu la possibilité de réaliser au sein de trois unités de soins du CNP Saint-Martin (Namur – Belgique). L'objectif de ce reportage consistait précisément à *donner à voir* ces dimensions informelles des soins en psychiatrie, et cela, dans le but de mettre davantage en lumière la spécificité et la complexité du travail quotidien des soignants. Or, très vite, la question s'est posée de savoir comment, avant même de *donner à voir*, il est déjà possible de *percevoir* ces dimensions presque invisibles des relations de soins, ces dimensions quasi non-réfléchies, mais néanmoins opérantes. Comment donc voir ces dimensions informelles, ou faire la part belle à ce qui peut paraître inessentiel ? Comment mettre en lumière ce qui se dérobe ? Une psychologue l'affirme sans ambiguïté dans le film : au moment où il y a de « l'informel », *a priori*, « c'est impossible d'être là, à ce moment-là, avec une caméra ! »

Dans ces conditions, quels sont les outils méthodologiques ordinairement utilisés par des disciplines, telle l'anthropologie ou la sociologie, pour mettre en lumière les dimensions implicites de l'expérience humaine au sens large ? Qu'est-ce qui est propice à la récolte de ces données fugaces, évanescentes, quasi déjà trop lourdes une fois qu'elles sont volontairement mises à l'avant-plan ? Parmi les méthodes d'observation à disposition du chercheur (ces méthodes, notons-le, valant également pour la clinique), il est possible de songer aux entretiens, aux observations, à la prise de notes sur le vif ou à l'usage de la caméra. Celle-ci peut s'avérer un allié précieux, quand elle permet de saisir à l'improviste un moment « de grâce », comme lors d'une rencontre filmée entre un patient et un chien participant à un projet de médiation animale au sein de l'hôpital : dans un espace vert, un chien couché, brossé avec application par un patient. Sous la douceur du soin qui se fait

caresse au chien, celui-ci tourne le regard vers le patient qui se met à son tour à le considérer et à lui parler doucement. Celui qui prodiguait le brossage et le soin, devient ainsi à son tour celui qui reçoit attention, disponibilité [<sup>12</sup>] et reconnaissance. S'ensuit un moment d'échange de regards réciproques, où chacun *advient* en somme un peu *grâce à l'autre*.

Dans le reportage que j'ai pu réaliser, certains demandeurs de soins ont très judicieusement précisé que le poids, ou au contraire la légèreté de celui qui observe ou du dispositif d'observation, peut plus ou moins faire obstacle à la perception de leurs vécus. Or, il me paraît que des enseignements peuvent en être tirés pour la recherche scientifique : anthropologique ou sociologique. Des patients, en effet, ont émis des réserves à l'égard de certains dispositifs d'observation, et leurs remarques me paraissent mériter attention. Une première demandeuse de soins a ainsi insisté sur l'intérêt de ces moments où il est possible de rencontrer les intervenants (psychologues, infirmiers, etc.) dans des *contextes non-organisés* et durant des moments quasi sans objectif (autour d'une tasse de café, par exemple). Pour celle-ci, il s'agit là d'un *contexte propice* à la perception d'une détresse éventuelle d'un patient, et cela, en dépit de ce que les entretiens cliniques constituent le *lieu prévu* pour exprimer cette même détresse. Par où l'on voit, me semble-t-il, combien l'instauration soigneuse d'un *espace* et d'un *temps particuliers*, propices à la rencontre, constitue un *fondement* nécessaire des relations de soin [<sup>13</sup>].

Un autre demandeur de soins soutient que les soignants devraient, à certains moments, « oublier la thérapie », « lâcher prise » et « se détendre juste un peu ». Il me semble voir dans ces mots une invitation à ne pas être obnubilés par la tâche prescrite, par le but explicite à poursuivre. Autrement dit, quoique les patients attendent bel et bien que leurs soignants soient là, présents à la situation et engagés dans une relation de soins, ils les invitent à « y » être sans trop de volonté ni trop de technicité [<sup>14</sup>]. Une autre patiente exprime le souhait de passer du temps à « faire connaissance » avec les soignants, non pour connaître « leur vie privée », mais plutôt parce que ce temps informel serait favorable à la compréhension des patients et contrebalancerait les aspects théoriques d'un diagnostic. À plusieurs reprises, dans le décours du reportage, les patients opposent la formalisation d'un diagnostic avec respect de « la complexité de la personne ».

Ces quelques réserves émises par les patients quant aux *manières* d'observer, aux *façons* de récolter des données cliniques, me paraissent tout à fait d'application lorsqu'il est question de recherches, notamment anthropologiques : qu'il s'agisse d'utiliser la caméra ou le carnet de terrain, il semble nécessaire de *prendre le temps* pour tenter d'être « accepté » par nos « hôtes ». Tout se passe comme s'il fallait prendre du temps et déployer des arts de faire (ou de ne rien faire) pour entrer sur un terrain sans y faire intrusion et sans y peser de tout son poids d'« étranger ». Pour illustrer cette idée, je préciserais volontiers qu'en réalisant le reportage précédemment mentionné, force fut de constater que les demandeurs de soin ont globalement livré davantage d'eux-mêmes au moment des rencontres préparatoires qu'au cours du tournage proprement dit. À telle enseigne que l'engagement *personnel* de patients

– ou du moins de certains d’entre eux – a pu être considéré comme proportionnel à la teneur *informelle* de la rencontre.

### **Quand des dispositifs de bienveillance soutiennent la parole des patients**

Cela étant dit, pour d’autres patients, les choses se sont présentées différemment : il aura fallu la finesse, la fluidité et la bienveillance [<sup>15</sup>] des soignants pour « préparer le terrain » et faire en sorte que des patients *osent* dire, *se risquent* à une parole personnelle. Par où l’on voit que, selon les cas, la question des dimensions informelles des rencontres – que je décline ici en interrogation autour des *modulations de présence* à autrui – cette question donc, demeure fondamentale. Dans le film susmentionné, il est possible de repérer la modulation de présence des soignants notamment dans une *oscillation* entre ce qui relève soit de *l’accompagnement*, soit de *l’exigence* ; entre ce qui relève tantôt de la présence « *aux côtés de* » quelqu’un, tantôt de l’action volontaire « *en direction de* » quelqu’un. Concrètement, le reportage donne à voir, d’un côté, un patient en train faire de la gym et désirer à ses côtés une présence féminine qu’il qualifie élégamment de « charmante compagnie », et d’un autre côté, une patiente souhaiter parfois une intervention assertive, « un peu clash » et exigeante vis-à-vis d’elle, pour qu’elle avance.

Si l’on en revient maintenant aux raisons qui m’amènent à considérer les dimensions informelles des soins comme essentielles à une compréhension de l’existence humaine en tant que telle, je risquerais cette idée : étudier l’informel revient en somme à avoir de la considération pour les *qualités de présence* à soi, à autrui, au monde. C’est tenter de s’outiller pour percevoir ce sur quoi les patients du film insistent, à savoir « la complexité de la personne ». Considérer ces dimensions informelles, et les inscrire dans une théorie de l’être humain, équivaudrait alors *notamment* à saisir que, d’habitude, l’être humain, quand il perçoit, quand il sent, quand il pense, est à la fois *présent* et *absent* à la situation, mais selon des proportions variables. Par exemple, il *focalise* son attention sur un point, en même temps qu’il perçoit, latéralement, d’autres choses qu’il range de côté comme des « détails » [3]; l’être humain *agit*, mais simultanément il laisse peut-être sa pensée vagabonder. Bref, il jongle avec la présence d’informations diverses, dont certaines sont subalternes voire contradictoires, mais cela ne l’empêche pas, d’habitude, de poursuivre son action. Bref, il est *a priori* de notre condition d’être humain de pouvoir conjuguer, par exemple, une action à réaliser *et* des pensées vagabondes, ou bien, de combiner un geste accompli mécaniquement, avec l’énoncé d’une parole toute réfléchie.

Quoiqu’il est justement des souffrances humaines, par exemple dans la psychose, où les choses ne se passent pas ainsi. Ainsi lorsque des « idées vagabondes » (qui peuvent à un moment donné être qualifiées de « délirantes ») paraissent par s’imposer. Dans ce cas, tout se passerait comme si l’être humain était moins dans la modulation, qu’aux prises avec une réalité intérieure, toute subjective, qui entre en conflit avec la réalité que nous sommes censés partager dans un monde social. Dans ce cas-là, ce qui d’habitude est maintenu à l’arrière-plan de la conscience (comme *vagabondage* de la pensée) s’imposerait sur le

devant de la scène, ne laissant plus de place à l'amortissement, à la relégation ou à la distraction. Il est aussi des personnes pour qui « l'évidence naturelle » de la vie quotidienne « est perdue », « fait défaut » [16], c'est-à-dire des personnes pour qui les conventions sociales, loin d'aller de soi, sont autant d'énigmes percutantes. Il est également possible de citer des vécus d'angoisse qui peuvent tenailler la vie intentionnelle du sujet. Je songe ainsi à un jeune homme qui me confie parfois qu'il « ne se sent pas bien », sans pouvoir davantage circonscrire le lieu de ses maux, parce que cela va de la tête au ventre, sans articulation. Ou à cet autre monsieur, aux prises avec des difficultés respiratoires importantes, qui me parle tout bas d'un « son petit cancer du poumon » qu'il entend bien garder secret : le corps, en somme, s'impose ici de façon obstinée comme le lieu d'un « accaparement » et d'une énigme.

### **Conclusion**

L'intérêt d'une perspective qui valorise ainsi les modulations de présence à soi, aux autres et au monde, me paraît double et révéler à la fois des enjeux anthropologiques et cliniques. D'un point de vue anthropologique, cela permet, me semble-t-il, de donner *de l'épaisseur aux descriptions des individus* : il devient possible de documenter comment, par exemple, une conscience engagée dans une action peut s'accompagner de pensées moins volontaristes, mais pourtant tout aussi opérantes ; ou comment, au contraire, cette capacité à moduler sa présence peut faillir. Il s'agit donc d'essayer d'en connaître davantage à propos des *qualités de présence* des êtres humains vivant au sein d'un monde.

D'un point de vue clinique, inscrire l'idée de *modulation de présence* au cœur de l'existence, et documenter les circonstances où celle-ci peut être en déséquilibre, permet de comprendre que le patient n'est pas seulement celui qui, positivement (au sens médical), présente des symptômes ou des troubles. Il n'est pas seulement « l'autre » que je ne suis pas. Bien plutôt, il me semble qu'avec l'idée de modulation, la maladie mentale peut renvoyer à « un devenir autre » à partir d'une *condition humaine commune*, et prendre sens en fonction de plaintes de patients, qui demeurent irréductiblement singulières.

Bénédicte de Villers

## Bibliographie

---

<sup>1</sup> Tronto J.C. Du Care. *Revue du Mauss* 2008/2 ; 32 : 243-265.

<sup>2</sup> Lanquetin J.-P. et Tchuckriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers réalisée dans le cadre du Conseil scientifique de la recherche au Centre Hospitalier Le Vinatier*, 2012.

<sup>3</sup> Piette A. Ethnographie de l'action. L'observation des détails. Paris : Métailié ; 1996.

<sup>4</sup> Piette A. Une phénoménographie de la présence. Marchienne-au-Pont : Promarex ; 2009.

<sup>5</sup> Piette A. Anthropologie existentielle. Paris : Petra ; 2009.

<sup>6</sup> Schotte J. Un parcours : rencontrer, relier, dialoguer, partager. Paris : Le Pli ; 2006.

<sup>7</sup> Heidegger M. Être et temps, Paris : Authentica ; 1985.

<sup>8</sup> Straus E. Du sens des sens, Grenoble : Millon ; 2000.

<sup>9</sup> de Villers B. Husserl, Leroi-Gourhan et la préhistoire. Paris : Petra ; 2010.

<sup>10</sup> Lanquetin & Tchukriel, op.cit., p. 18.

<sup>11</sup> Michalon J. Panser avec les animaux. Sociologie du soin par le contact animalier. Paris : Presses des Mines ; 2014, p. 322.

<sup>12</sup> Sur la dimension soignante de la « disponibilité » dans le contexte d'un projet de médiation animale : Medart C. Soclecare : exercice d'application pratique ; 2014. Document fourni par l'auteur, infirmier en chef à l'unité de soins « les Trieux », CNP Saint-Martin.

<sup>13</sup> Je remercie Marc Doquir, coordinateur des activités thérapeutiques de jour au CNP Saint-Martin, pour avoir attiré mon attention sur l'importance de cette dimension spatio-temporelle.

<sup>14</sup> Sur ce point, je remercie le Dr Serge Mertens, Médecin Chef du CNP Saint-Martin, pour avoir insisté auprès de moi sur le concept de « sympathie » de J. Oury, qui invite à considérer l'apport thérapeutique de relations *horizontales*, non hiérarchisées, entre soignants et soignés.

<sup>15</sup> Servais V. Introduire des animaux dans le cabinet du clinicien, 2015, à paraître.

<sup>16</sup> Blankenburg J. La perte de l'évidence naturelle, Paris : PUF, 1991.

---