

Conférence à la Société Nantaise de Philosophie du 12/10/2018

Thème 2018-2019 : "Médecine et philosophie"

QUELLE BIENTRAITANCE ? ¹

Joël GAUBERT

Introduction

Si la condition humaine est bien faite de vulnérabilité et de pluralité, *la bientraitance* ne doit-elle pas avoir pour souci premier de travailler à satisfaire à la survie d'une vie toujours menacée par le mal-être, la maladie, le handicap, le vieillissement et la fin de vie ? Mais cette *bientraitance*, d'acception toute technique, pour ne pas risquer de s'inverser, paradoxalement, en maltraitance au nom de la performance efficace, ne peut et doit-elle pas se soucier aussi, et surtout, de maintenir et même de restaurer une relation de vie partagée, susceptible d'œuvrer à la reconnaissance de la dignité de la personne souffrante et dépendante ?

Cependant, une telle conception et pratique de *la bientraitance* ne risque-t-elle pas, à son tour, de redoubler cette dépendance et donc cette souffrance, en s'abîmant, cette fois, dans une compassion se justifiant de la bonne conscience d'être expressément et généreusement octroyée ? Pour éviter une telle dérive, *le soin bientraitant* ne doit-il pas se montrer soucieux de restaurer ou même d'instituer une véritable subjectivité, susceptible de recouvrer l'estime de soi en redoublant la conscience d'être vulnérable de la confiance d'être capable d'agir en vue d'une vie bonne avec autrui selon des institutions justes² (et cela aussi bien chez l'agent soignant que chez le patient soigné) ?

Notre propos s'essaiera donc ici à reconduire l'apparition récente du signifiant de "bientraitance" dans la légalité et l'activité médico-psycho-sociales à ce qui lui confère son signifié le plus exact, en référence aux trois fondations historiques et théoriques des sciences et techniques de l'homme (analytique, herméneutique et critique)³, qui ne viennent pas de sortir, elles, mais qui sont encore trop souvent méconnues comme telles aujourd'hui, et cela en vue d'un gain de légitimité théorique et d'effectivité pratique de la bientraitance.

¹ Contribution à la « Journée du C.A.R.E. » (Comité d'Aide à la Réflexion Éthique) du Centre Hospitalier de Cholet, le 12 octobre 2012, publiée chez M-Éditer, Nantes, 2013, et dans *L'enseignement philosophique*, Paris, 2014, reprise et augmentée pour l'Atelier Philosophie de Vertou (novembre 2012) et ici-même.

² P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Septième étude : Le soi et la visée éthique, Paris, Éditions du Seuil/Points, 1990.

³ Voir J. Gaubert, « Quelle fondation pour les sciences de l'homme ? », Contribution au XXX^e Congrès de l'A.S.P.L.F. (Association des Sociétés de Philosophie de Langue Française) : « L'homme et la réflexion », Nantes, 24-28 août 2004, Actes du Congrès, Paris, Vrin, 2006.

I – LA BIENTRAITANCE ANALYTIQUE

La bientraitance de type analytique en est aujourd'hui la forme dominante conquise de haute lutte dans et par la fondation des sciences biologiques (anatomie et physiologie) expérimentales et mathématisées suite à la révolution des sciences et des techniques fondatrices des Temps modernes en vue de remédier autant que possible à la vulnérabilité de la condition humaine.

1 - La vulnérabilité de l'homme ne se peut comprendre que sur fond de la finitude structurelle de la condition humaine et donc de l'expérience du mal-être qui en découle (et dont découle, à son tour, l'exigence de bientraitance elle-même, qui est donc seconde).

Qu'est-ce que la finitude exactement, si ce n'est que *la limitation de l'existence humaine* dans l'espace et dans le temps fait *subir* à l'homme *un mal* dont l'épreuve ou l'expérience peut lui conférer *une angoisse mortelle et tenace*, sous une triple forme : celle du *malheur*, certes, (du mal subi du fait de ce qui ne dépend pas de nous mais dont nous dépendons, comme le coup du sort, l'accident, ou encore la maladie, puis, finalement, la mort elle-même) ; mais aussi sous la forme de *la faute* (du mal commis, du mé-fait, du mal que l'homme fait à l'homme, ou encore de *la violence*, administrée consciemment et volontairement ou bien advenue par les effets pervers d'actions dont les conséquences finissent par nous échapper, comme lors d'un amour échoué ou d'une action politique qui tourne mal) ; et, enfin, sous la forme du *mal de scandale* ou de l'injustice qui consiste en la distorsion (ou disproportion) entre notre effort de contribution à l'ordre des choses et la piètre récompense ou rétribution que nous en recevons, dans la vie privée comme dans la vie publique, en matière de reconnaissance notamment. Cette triple expérience du mal⁴, que fait chacun de nous, ne nous confère-t-elle pas de façon insistante *la peur du malheur, l'anxiété de la culpabilité, l'angoisse du non-sens de l'existence*, et donc, finalement, *le sentiment douloureux de notre finitude comme étant indépassable* ?

2 - Cependant, une telle prise de conscience de notre finitude ne témoigne-t-elle pas, en et par elle-même, de quelque *transcendance* (ou supériorité) de l'esprit humain à l'égard de sa propre finitude, puisqu'alors en commençant à se la *re-présenter* l'homme se met en face de ce dans quoi il était inconsciemment pris auparavant (sa peur, son anxiété, son angoisse), et cela en les objectivant ou « thématissant », pour en parler avec autrui notamment, ce qui pourrait lui être un début de libération⁵ à l'égard de son malheur comme de sa faute (que celle-ci soit actuelle ou potentielle) ? Cela fait que l'homme « vulnérable » se révèle être, dans l'adversité circonstancielle, un homme « capable » de faire face au mal du fait de sa (première) « disposition originelle au bien » (selon Kant⁶), visant à l'habileté technique en vue de la réparation de la vie abîmée et à la survie de la vie menacée, premier « bien », donc (dont la visée structure la bientraitance), et à rechercher sous la forme de deux types de soin⁷ : *le soin thérapeutique*, maternant et quasi

⁴ Pour la distinction et l'articulation des formes du mal, on peut lire G. W. Leibniz, *Essais de théodicée* [1710], Première partie, §§ 20-29 (notamment), Paris, GF-Flammarion, 1969, Introduction J. Brunschwig.

⁵ Voir J. Gaubert, *Que faire de notre finitude ?*, Nantes, M-Éditer, 2010, pp. 12-13.

⁶ E. Kant, *La religion dans les limites de la simple raison* [1793], Première partie, § I : De la disposition originelle au bien dans la nature humaine, Paris, Vrin, 1968, traduction et avant-propos J. Gibelin.

⁷ Que nous pouvons distinguer avec F. Worms, dans *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Première partie, Chapitre 1 : Les deux concepts du soin, Paris, PUF, 2010.

constant, qui s'adresse à la vulnérabilité structurelle de la condition humaine (« tout au long de la vie »), ou encore le *care*, et le *soin thérapeutique*, médicalisant ou professionnel, temporaire lui, même s'il peut relever d'une prise en charge longue d'une vulnérabilité circonstancielle qui redouble en l'aggravant la vulnérabilité structurelle, ou encore le *cure*. Si le *cure* constitue l'essentiel de notre objet ici (puisque notre thème porte sur "la médecine"), nous aurons à évoquer les rapports du *cure* et du *care*, qui ne peuvent être séparés puisque dans ses deux figures la bienveillance relève à la fois de la disposition d'un homme à saisir la souffrance et la dépendance d'un autre homme ainsi que de l'action du premier qui prend en charge adéquate cette souffrance et cette dépendance du second pour y remédier, dans le cadre d'une relation interpersonnelle asymétrique donc, que ce soit dans un contexte institutionnel (comme l'hôpital essentiellement ici) ou non.

Mais alors, sur quel type de pensée et d'action repose la *bienveillance médicale* que j'ai qualifiée d'« analytique » ?

3 - La médecine est sans doute l'une des premières disciplines de l'esprit humain à avoir conquis son indépendance et à s'être constituée de façon autonome, en rupture d'avec le traitement mythico-religieux du mal-être des hommes (dont témoignent de nombreux mythes et rites magiques de guérison), et selon un double souci de rigueur théorique et de positivité empirique, et donc d'efficacité technique, en tâchant très tôt de respecter et de prendre en charge la spécificité de l'homme comme être en-soi naturel (comme dans l'Antiquité grecque, avec Hippocrate [-460-377] et Galien [129-216], puis à la Renaissance, avec Ambroise Paré, 1510-1590). En tant qu'elle relève d'un type de connaissance scientifique spécifique (la biologie : anatomie et physiologie) et donc d'une technique spécifique de remédiation aux maux du corps mais aussi de l'esprit humains pour leur faire recouvrer la santé, la médecine occidentale moderne provient de et repose sur le paradigme de la fondation *analytique* des sciences et techniques de la nature (qui caractérise l'origine et le fondement des Temps modernes, donc, depuis l'institution de la physique mathématique par Galilée, Descartes puis Newton au XVII^e et XVIII^e siècles). Toutes choses - et donc le corps mais aussi l'esprit de l'homme - sont désormais conçues comme « choses explicables » (par la science) et « objets manipulables/opérables » (par la technique), notamment dans le domaine médical par le biais du diagnostic du mal-être de telle ou telle partie du corps ou de l'esprit (conçu et traité comme étant conditionné et même déterminé par le corps) et de la prise en charge (mécanique - chirurgicale - ou pharmacologique) segmentable et segmentée (« analysée », donc, en variables, facteurs, paramètres) de la partie du corps ou de l'esprit-cerveau en question ; prise en charge dont on espère que la segmentation de plus en plus spécialisée, de plus en plus "pointue", sera susceptible de soigner et de guérir le mal partiel en question ou de soulager durablement le patient de son mal inguérissable. On peut ici penser à la fondation de la biologie et de la médecine expérimentales (par Claude Bernard⁸) mais aussi de la psychologie expérimentale (par Fechner et Wundt) au XIX^e siècle, ce que Durkheim théoriserait pour la fondation de la sociologie : « ... les phénomènes sociaux [humains] sont des choses et doivent être traités comme des choses » (Durkheim⁹), le corps comme une machine et l'esprit comme un cerveau, donc. La psychologie elle-même doit, en effet, se constituer comme une physique psychologique et prendre les « faits mentaux » comme des « états cérébraux », tous les phénomènes qui en émanent étant alors considérés comme

⁸ C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* [1865], Paris, Delagrave, 1978, Préface et notes M. Dorolle.

⁹ E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique* [1895], Chapitre II, Règle fondamentale : Traiter les faits sociaux comme des choses, Paris, PUF, 1968, p. 27.

mathématiquement représentables et techniquement maîtrisables. Il s'agit donc ici d'une psychologie (comme d'une médecine) dite « en troisième personne »¹⁰, dont l'objet théorique (étudié) et pratique (traité) est général ou anonyme. Le prototype en est le behaviorisme (selon Watson¹¹, début XX^e siècle), ou encore la « psychologie du comportement », dont proviennent les actuelles thérapies « cognitivo-comportementales », qui visent à la connaissance objective (car « scientifique ») de l'homme et au traitement efficace (car « technique ») de ses troubles, en agissant (pharmacologiquement ou mécaniquement, donc) sur leurs symptômes pour réinscrire le comportement du patient dans la norme sociale du groupe humain auquel il appartient (famille, entreprise, école et autres), et ainsi mettre fin à sa souffrance en le rendant à nouveau « performant », grâce à la... performance (ou la « compétence ») chiffrable et comptable (« computable » dit-on maintenant) de la prise en charge médicale elle-même, qui ramène le corps et l'esprit à leur bien-être précédant la maladie ainsi soignée, voire en les ramenant de la mort entrevue à la réassurance de la vie (en cas de crise vitale aiguë).

Comment ne pas prendre acte des progrès effectifs et même spectaculaires, voire enthousiasmants, d'une telle médecine (analytique) des corps et des esprits, qui semble bien accomplir les plus belles promesses des pères fondateurs des *Lumières* et de leurs continuateurs, et réaliser leurs espoirs d'une maîtrise progressivement radicale de la condition humaine, jusqu'à aujourd'hui encore où la médecine promet pour demain un dépassement radical de la finitude humaine en supprimant jusqu'à la mort elle-même (en "mettant la mort à mort"), comme dans le trans-humanisme et le post-humanisme actuels ? Une telle bienveillance prétend, en effet et plus que jamais, constituer le plus beau fleuron de la civilisation historique mécanique qui promet une santé "durable" sur fond d'immortalité en combinant les bienfaits des deux seules révolutions qui demeurent crédibles aujourd'hui : les révolutions bio-technologique et numérique, ouvrant la production d'un homme génétiquement modifié résistant à tous les maux.

D'où vient donc, alors, le malaise médical qui persiste et même s'accroît aujourd'hui, non seulement dans les hôpitaux et autres foyers de vie et maisons de retraite, mais aussi dans les cabinets des médecins et jusque dans les familles et, par-delà, dans la société elle-même ? Ne serait-ce qu'un problème technique quantitatif de manque de moyens financiers et de personnels qualifiés (jusque dans ladite "désertification médicale"), ou bien, et plus gravement, un problème qualitatif relatif aux modalités et même aux finalités elles-mêmes de cette bienveillance (analytique), et qui ne seraient pas que d'ordre médical mais aussi d'ordre socio-politique et éthique, voire anthropologique ? D'ailleurs, ce mal-être ne révèle-t-il pas, *a contrario* et sur fond de souffrance et d'impuissance persistantes et même croissantes, une autre conception et pratique de la médecine des corps et des esprits qui promettrait un autre type de *bienveillance*, qui serait plus susceptible d'y remédier ?

II – LA BIENVEILLANCE HERMÉNEUTIQUE

La bienveillance de type herméneutique en est aujourd'hui la forme encore dominée mais de plus en plus revendiquée par les patients et leurs familles comme par les personnels soignants, voire les institutions médicales elles-mêmes, mais aussi par chacun d'entre nous et ici-même.

¹⁰ Selon le modèle grammatical Je/il, où le « Je » représente l'agent étudiant/soignant et le « il » le patient étudié/soigné.

¹¹ J.B. Watson, *La psychologie comme le behavioriste la voit* [1913].

Explicitons, tout d'abord, les motifs de la critique qui est de plus en plus adressée au modèle analytique de la bienveillance pour dessiner en creux, *a contrario*, l'avènement de son modèle herméneutique.

1 - Peut-on, comme le fait la bienveillance de type analytique (de notre I.), réduire ou « traiter » l'être de l'homme (bien portant comme souffrant, d'ailleurs) comme une simple chose située dans l'espace et dans le temps, et la connaissance que l'homme prend de soi (comme du monde, d'ailleurs) à la seule science expérimentale et mathématique (en imitation ou "application" des sciences de la nature, avons-nous dit) ; ainsi que réduire la pratique de soi comme de l'autre homme à la simple opération ou production technique, pratiquée, qui plus est, par des personnels soignants qui subissent, autant que les patients, même si c'est d'une autre façon, la mise en coupe réglée mathématisée (et sans cesse "évaluée", calculée à l'étalon du "moindre coût") de la médecine des corps et des esprits ? Ce n'est donc pas accidentellement ou conjoncturellement (du fait de la multi-crise actuelle) que *la bienveillance* (ou plutôt *maltraitance* ici) néo-libérale violente l'homme - l'agent soignant comme le patient soigné puisque la bienveillance (ou le soin) relève d'une relation interpersonnelle -, mais bien pour cause structurelle, puisque le soin contemporain n'est plus lui-même qu'un moment fonctionnel d'une civilisation mécanique fondée sur le seul intérêt anthropologique pour l'efficacité et la puissance, ce qui ne peut qu'être mal vécu et mal pratiqué par les agents comme par les patients d'une telle médecine obsédée par « le chiffre » et pour qui le critère médico-social ultime semble bien être le (fameux) "prix de journée". Mais y aurait-il un modèle alternatif de bienveillance qui serait à même de se substituer à la bienveillance/maltraitance analytique, avec plus d'efficacité technique mais aussi plus de légitimité éthique ?

2 - En effet, l'instance de la critique du mal-être engendré par *la maltraitance de type analytique* est constituée par la référence à une autre disposition constitutive de l'homme que le seul intérêt pour la puissance, c'est-à-dire, ici, le désir de reconnaissance ou (deuxième) « disposition originelle de l'homme au bien » aspirant à l'humanité partagée (second type de « bien », donc, selon Kant¹², toujours), et sur un mode relationnel (ne relevant donc plus d'une humanité empêchée car « séparée » ou « analysée » - et donc "atomisée" - selon un mode rationnel). Mais d'où vient et en quoi consiste exactement cette autre forme de *bienveillance* ?

Cette seconde forme de *bienveillance* ne vient pas de sortir elle non plus, comme pourrait le faire croire la virulence et la généralisation actuelle de la "demande de sens" et comme le prétendent toutes les éthiques et politiques actuelles dites de la reconnaissance, comme celles du *care*¹³, notamment : elle provient de la seconde fondation des sciences et techniques de l'homme (au XIX^e siècle) comme *esprit doué de sens*, cette fois (et non plus seulement comme corps mû par un besoin d'efficacité ou une volonté de puissance), et désireux d'exprimer ce sens et de le communiquer aux autres, en aspirant à être compris (ou reconnu) et partagé (ou participé), plutôt que « techniqué » ou encore « branché », car : « Nous expliquons la nature [mais] nous comprenons la vie psychique » ("répond" Dilthey¹⁴ à Durkheim). C'est pourquoi cette deuxième fondation des sciences de l'homme s'opère en référence à un *logos* (une logique) de type *herméneutique* (issu du Romantisme et cultivé par la phénoménologie contemporaine, de

¹² E. Kant, *La religion dans les limites de la simple raison*, op. cit.

¹³ Voir F. Brugère, *L'Éthique du « Care »*, Paris, PUF/Que sais-je ?, 2011 ; et J. Gaubert, *La reconnaissance peut-elle fonder le bien-vivre ensemble et personnel ?*, Nantes, M-Éditer, 2011.

¹⁴ W. Dilthey, *Études sur le fondement des sciences de l'esprit* [1905].

Husserl et surtout Heidegger à Gadamer, notamment), pour qui le tout de l'Être est structuré comme un langage dont la vérité apparaît sur le mode d'un dévoilement sentimental, esthétique, de l'être du sens, ou du sens de l'Être déjà-là, à un homme qui est toujours déjà et demeure pris dans la vie universelle¹⁵ (selon le modèle d'une biopsychologie organiciste et non plus celui de la physique mécaniste). Ce modèle de la participation vitale s'oppose ainsi de front à celui de la distanciation méthodique analytique, alors critiqué comme étant illusoire et aliénant. Cela entraîne tout particulièrement un changement des statuts ontologique, épistémologique et éthique des sciences et techniques empiriques de la culture, qui vont alors se constituer essentiellement comme « sciences de l'esprit », selon *un modèle historico-herméneutique* en rupture avec *le modèle empirico-analytique* (de notre I.), et donc selon une psychologie, notamment, « en deuxième personne¹⁶ », ou encore psychologie dite « clinique » (et dont la psychanalyse¹⁷ constitue, peu ou prou, le modèle théorique et pratique).

3 - En effet, l'objet considéré, étudié et soigné, notamment par une médecine « clinique », précisément, est alors non plus conçu comme chose mais pensé comme manifestation symbolique de la vie de l'esprit, dont l'expression de sens doit être saisie (chez l'étudiant/soignant) par une impression subjective, une *compréhension*, qui restaure les droits du monde vécu aussi bien par l'objet étudié et soigné (qui est un autre sujet en fait : un "tu") que par le sujet (le "je") étudiant et soignant. Le sens patent ou explicite de l'attitude globale et surtout de la parole du patient est alors renvoyé à un sens latent ou implicite par une interprétation des symptômes du patient en termes de *signes*, c'est-à-dire en tant que *signifiants* (physiques) de *signifiés* (psychiques) constitués par les représentations et désirs (plus ou moins inconscients) propres à la personne souffrante, et cela selon une *anamnèse*¹⁸ qui resitue l'état actuel du patient dans le fil de son histoire vécue et du récit de sa vie. Le traitement thérapeutique accorde alors une importance particulière à *la fonction (ou faculté) symbolique langagière*¹⁹, et non pas sur le seul mode de *l'expression symptomatique* (comme en notre I.) mais aussi et surtout sur le mode de *la communication signalétique*, la demande de sens et de reconnaissance (ou « parole adressée ») de la personne singulière du patient étant ainsi prise au sérieux. Ce qui serait susceptible de la reconduire de sa souffrance actuelle à la jouissance de sa propre existence globale en la replongeant dans un bain langagier ou « jeu de langage » à nouveau partagé avec autrui, par un tel soin, dit « global », en ce que, précisément, il se soucie de la personne tout entière (« corps et âme ») du patient et du partage relationnel à ré-instituer symboliquement (et ne relève donc plus de la séparation fonctionnelle mécaniquement administrée). Cela serait susceptible aussi d'œuvrer à la reconnaissance de la dignité de la personne souffrante et dépendante, ainsi qu'à la reconnaissance de la dignité de la personne soignante (à ne pas oublier ici car souffrant elle-même des

¹⁵ Pour plus de précisions concernant ce modèle herméneutique, voir J. Gaubert, *Quelle fondation symbolique pour la culture ?*, dans *L'Enseignement philosophique*, Paris, 2006 ; et Nantes, M-Éditer, 2010.

¹⁶ L'objet étudié (« tu ») étant cette fois considéré, lui aussi, comme un être doué de subjectivité.

¹⁷ S. Freud, *Introduction à la psychanalyse* [1916-1917], Paris, Payot, coll. « petite bibliothèque Payot », traduction S. Jankélévitch, 1979.

¹⁸ Démarche méthodique consistant, pour le thérapeute, à interrompre l'interruption de la mémoire du patient.

¹⁹ La symbolicit  est « le plus propre » de l'homme, c'est-à-dire la faculté de l'esprit humain de se re-présenter le monde et soi-même par la médiation de signes langagiers, notamment, et d'agir en conséquence. Voir E. Cassirer, *Essai sur l'homme* [1944], I : Qu'est-ce que l'homme ?, Paris,  d. de Minuit, 1975, traduction N. Massa ; et J. Gaubert, *Quelle fondation symbolique pour la culture ?*, op. cit.

contraintes que lui impose *la maltraitance analytique*), cette reconnaissance mutuelle ou réciproque étant alors la condition nécessaire, sinon suffisante, d'une *bienveillance* qui serait à la fois digne et efficace.

Ne serait-ce pas là, en effet, la forme prototypique de la bienveillance à tous égards, à la fois théoriquement et pratiquement, car anthropologiquement adéquate au "plus propre" de l'homme (sa demande de sens et de reconnaissance) et thérapeutiquement légitime et efficace à la fois, puisque donnant satisfaction à sa demande d'une prise en charge de la singularité et de la globalité de sa souffrance et de sa dépendance qui lui permette de se réinscrire de façon vitale dans les conditions concrètes de sa propre existence singulière et insubstituable ? À tel point que nous-mêmes ici nous élisons cette bienveillance herméneutique à ce titre, comme de plus en plus de personnes soignées et leurs familles (et amis) et de personnels soignants, voire des institutions médicales (et sociales) elles-mêmes, et même la majorité de l'opinion publique actuelle, et cela jusque dans le champ de la recherche et de l'enseignement universitaires ou autres des intellectuels qui œuvrent dans ce domaine, qui connaît aujourd'hui une véritable inflation (voir... l'inflation éditoriale des ouvrages relatifs aux nouvelles médecines ou techniques - dites "douces" et "alternatives" - du bien-être et du développement personnels).

Mais cette *bienveillance herméneutique*, aussi généreuse puisse-t-elle paraître, et même être de fait, ne présente-t-elle pas, elle aussi, des limites et même des pathologies, qui appelleraient, *a contrario* et comme antidote, là encore, une autre forme de *bienveillance* ?

III – LA BIENVILLANCE CRITIQUE ET AUTO-CRITIQUE

Le type critique et auto-critique de la bienveillance en est la forme aujourd'hui le plus souvent ignorée, au double sens de méconnue ou bien alors de méprisée, et donc à ré-instituer, ou instituer, d'urgence, me semble-t-il.

1 - Explicitons, tout d'abord, les limites et même les pathologies de *la bienveillance herméneutique* (qui nous tient sans doute et pourtant le plus à cœur ici) : ne réduit-elle pas, elle aussi, l'être-homme (ou l'existence humaine) de façon sans doute opposée à *la réduction analytique* mais aussi et surtout additionnée à celle-ci ? En effet, peut-on penser à nouveau, ou « réduire » ou « traiter » l'être de l'homme à ou comme un esprit doué d'un sens qui lui proviendrait d'ailleurs, de son groupe culturel d'appartenance (comme sa saga familiale, la mentalité de sa communauté, sa tradition historique, ou encore « l'esprit de son peuple », tous chers aux Romantiques²⁰), voire de « tout l'univers » naturel ou même divin (selon le sentiment d'une nature divinisée, cher au Romantisme là encore, écologiste en cela avant l'heure), et cela sans revenir aux représentations purement et simplement esthético-langagières, voire mythico-religieuses, du monde et de l'homme d'un spiritualisme animiste auquel la médecine (comme toutes les autres disciplines) a précisément dû s'arracher pour se fonder de façon autonome lors du passage du *muthos* au *logos* en Grèce antique (évoqué en notre I.) ? Peut-on réduire, aussi, la connaissance du monde et même de l'homme à la compréhension sentimentale ou même à l'interprétation plus ou moins rationnelle d'un sens déjà-là pour l'essentiel ? La saisie d'un sens, notamment s'il est latent, et surtout inconscient, peut-elle s'égaliser à la découverte

²⁰ Comme aux Communautariens d'aujourd'hui, soucieux de « réincarner », de « recontextualiser » ou encore de « resituer » l'individu humain.

d'une vérité qui doit témoigner d'une évidence partageable par tous (thérapeutes comme patients, mais aussi accompagnants familiaux et amicaux ici), alors que la psychologie herméneutique ou clinique semble bien donner lieu à un irréductible « conflit des interprétations »²¹ ? Ce qui sur le plan pratique, enfin, peut faire déboucher la promesse de la civilisation esthétique/herméneutique de l'« épanouissement » de chacun par la participation vitale de tous les « communicants » à un sens de nouveau partagé, sur un affrontement des sens vécus alimentant la guerre de tous contre tous, le désir de reconnaissance égale risquant à tout moment de devenir passion inextinguible pour une reconnaissance inégale²². Le patient d'une telle *bienveillance* ne risque-t-il pas, cette fois encore, mais de façon différente voire opposée à la précédente (de notre I.), de se voir maltraiter ou aliéner par sa réinscription à la fois douce/autoritaire (et sa propre acceptation à la fois serve/volontaire) dans son monde psycho-sociologique vécu (éventuellement pathogène) ? Qui n'a jamais fait l'expérience, ici-même, du féroce mais (ou *car*) bien intentionné « conflit des interprétations » (donc) dans les équipes des personnels soignants mais aussi dans la fratrie des accompagnants familiaux, se partageant ou dépeçant conflictuellement la biographie passée, le récit de sa vie, mais aussi les aspirations présentes d'un patient qui n'en peut mais, en pratiquant une « psychanalyse sauvage » qui prétend le comprendre mieux que les autres et même mieux qu'il ne se comprend lui-même, du fait de son « état vulnérable », et cela selon une compassion paternaliste (ou plutôt maternaliste ici) dont la générosité hautement revendiquée ne supporte aucun soupçon ? *La clinique herméneutique* ne s'ajoute-elle pas alors à *la mécanique analytique* pour dessaisir le patient de lui-même en l'objectivant/aliénant jusque dans les décisions et actions qu'elle pense bon de prendre et d'entreprendre "pour lui", c'est-à-dire « à sa place » et « pour son bien » (pouvant ainsi le violenter jusqu'à l'abus de pouvoir, elle aussi) ? Une telle dérive de la *bienveillance herméneutique* (ou clinique) ne fonctionne-elle pas alors, le plus souvent, comme le « supplément d'âme » de personnels soignants, mais aussi d'accompagnants familiaux ou autres, se sentant, au fond, impuissants voire rongés par le sentiment de culpabilité lié à *la maltraitance analytique*, et même comme la justification idéologique de celle-ci par un néo(pseudo)-libéralisme se défaussant ici de ce qu'il impose avec le cynisme d'une administration froidement comptable, en référence à une « rationalisation » brutalement infligée aux patients comme aux soignants²³ ?

Ne peut-on pas craindre aussi, et surtout, que cette deuxième disposition naturelle (et aspiration culturelle) de l'homme à la reconnaissance partagée ne prétende à la supériorité voire à l'exclusivité, notamment dans sa revendication d'une extension à toute la société voire à l'humanité entière, et ne cherche à s'imposer, assez autoritairement quand il le faut, comme modèle ou norme éthico-politique (et non plus seulement médico-sociale), la médicalisation rationnelle techno-scientifique de plus en plus de rapports humains aujourd'hui (qui étend le *cure* au *care*) faisant ici place à leur moralisation sentimentale sympathique-tyrannique, qui étend cette fois le *care* au *cure* ? Et cela au nom d'un principe anthropologique substituant (de façon binaire) à l'*homo economicus-technicus* rationnel et opératoire (de notre I.) un *homo socius-pragmaticus* relationnel sympathique, dont l'irruption, prétendument nouvelle et évidemment généreuse, serait à elle seule un gage de vérité théorique et de légitimité pratique la rendant susceptible de

²¹ Voir P. Ricœur, *Le conflit des interprétations (essais d'herméneutique)*, Paris, Seuil, 1969.

²² Voir J. Gaubert, *Quelle morale pour quelle politique ?*, III : Morale et politique du pur sentiment, Nantes, M-Éditer, 2010 ; ce chapitre a aussi fait l'objet d'une publication séparée : *La politique de reconnaissance*, Nantes, M-Éditer, 2010.

²³ Comme M. Foucault, et quelques autres avec et après lui, en ont légitimement effectué la critique, en référence au "bio-pouvoir", le soin pouvant devenir lui-même l'occasion d'un abus de pouvoir (aussi bien selon son modèle herméneutique que selon son modèle analytique). On peut aussi penser ici au "psycho-pouvoir" selon B. Stiegler.

remédier à toutes les pathologies médico-psychologiques mais aussi socio-politiques et même éthico-culturelles (néo-libérales notamment), comme cela est l'ambition ouvertement affichée des éthiques et politiques dites du "care" (comme chez Joan Tronto et Fabienne Brugère, visant à l'instauration d'une "démocratie sensible", et dont on trouve une critique théorique dans *L'homme compassionnel*, de Myriam Revault d'Allonnes²⁴, et, sur un mode plus ironique et caustique mais non moins éclairant, chez Michel Schneider dans *Big Mother*²⁵, la société naturellement bienveillante et bienfaisante).

Faudrait-il donc, alors, désespérer de ces deux modèles (analytique et herméneutique) de *bienveillance/maltraitance* et des sciences et techniques de l'homme qui les fondent (notamment en médecine des corps et des esprits), et donc les abandonner, ou bien plutôt tâcher de les intégrer en les dépassant du point de vue d'un modèle plus complet et cohérent et donc plus bénéfique pour les patients comme pour les soignants ?

2 - Venons-en donc, enfin, au modèle critique et auto-critique de *bienveillance* :

Pour tâcher de dépasser les limites mais aussi de remédier aux pathologies respectives et conjointes de ces deux modes de fondation (analytique et herméneutique), il faut rappeler que pour être objectif un discours (celui des sciences de l'homme, dont la médecine et la psychologie ici) doit prendre en compte la totalité de son objet : l'homme (ici donc) n'est pas seulement *un être en-soi physique (ou corporel) fini* qu'il faut expliquer et maîtriser pour satisfaire à sa disposition technique visant à la puissance pour la conservation de soi (comme y travaille *la bienveillance analytique*) ; ni même seulement *un être pour-soi psychique (spirituel) fini* et porteur d'un sens qu'il faut comprendre pour y participer et satisfaire ainsi à la disposition pragmatique de l'homme visant à la reconnaissance de soi par la communication d'un sens partagé (comme y œuvre *la bienveillance herméneutique*). L'homme est aussi et surtout *un être pour-soi théorétique* doué d'une (troisième) « disposition originelle au bien » (encore et toujours selon Kant²⁶), disposition à "la personnalité réfléchie", cette fois, "raisonnable et responsable", aspirant consciemment et volontairement à *la vérité* (et non pas seulement au sens) et à *la liberté* (et non pas seulement à la sécurité), témoignant ainsi de *son aspiration à une infinitude heureuse* du sein même de son inscription malheureuse dans la finitude. Troisième disposition (donc) dont l'exercice personnel et interpersonnel fait l'essentiel de la dignité de l'homme, en ce qu'il témoigne de sa capacité, et donc de son obligation ici, de tendre vers des Idées (du vrai, du bien et du beau) qui constituent autant d'horizons normatifs consciemment représentés et volontairement choisis et pratiqués. Le troisième « bien » alors en question ici consiste en « la personne » elle-même, libre subjectivité valant absolument comme fin en soi, unique et insubstituable, et dont le respect pratique (ou moral)²⁷, qui lui est catégoriquement dû, dépasse infiniment le « traitement » technique (ou

²⁴ M. Revault d'Allonnes, *L'homme compassionnel*, Paris, Seuil, 2008.

²⁵ M. Schneider, *Big Mother. Psycho-pathologie de la vie politique*, Paris, Odile Jacob, 2002.

²⁶ E. Kant, *La religion dans les limites de la simple raison*, op. cit.

²⁷ Respect qui peut bien, et même doit être empreint de sollicitude (comme de pudeur), la sollicitude relevant de la connaissance analogique de l'autre homme et non pas de l'identification empathique avec lui, qui caractérise la compassion (comme y insiste légitimement C. Coutel dans : "Vulnérabilité et sollicitude. Vers une philosophie du « prendre soin »", Paris, *L'Enseignement philosophique*, décembre 2011-février 2012, Actes du Colloque *La philosophie et le monde du soin*, La Sorbonne, 11 juin 2011). Pour plus de précisions sur la synthèse du sensible et de l'intelligible en matière de morale et de politique, voir J. Gaubert, *Quelle morale pour quelle*

instrumental) et pragmatique (ou sentimental) que la condition humaine de finitude et de pluralité rend pourtant nécessaire, comme y appelle par excellence la seconde formulation de l'impératif catégorique selon Kant : « Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, jamais simplement comme un moyen. »²⁸

3 - Une telle conception de la condition humaine semble bien en constituer la synthèse ontologique, épistémologique et pratique maximale en ce que l'homme lui-même ne devient un *objet* à étudier que dans le cadre du *projet* qu'il fait de s'accomplir en tant que *sujet*, ce que le soignant ou l'agent doit tâcher d'apercevoir en et pour soi-même pour toujours le respecter et même le re-susciter chez le soigné ou le patient, pour que d'« individu incapable » ce dernier (re)devienne « sujet capable » de dire, sans doute, mais aussi et surtout d'agir de façon la plus lucide et responsable possible. Ce qui est évidemment très variable selon la souffrance et la dépendance du patient-sujet traité et les contextes de vie concrets qui sont les siens ; mais l'on ne saura vraiment que cela est effectivement possible que si l'on se sent obligé envers le patient, et ses proches, de « tout tenter » en ce sens, puisque l'homme ne devient homme que parmi et avec, voire par les autres hommes, surtout s'il est en situation de grande dépendance et de profonde souffrance. C'est bien, en tout cas, sur le projet théorique et pratique d'une telle synthèse maximale, que s'appuie la troisième fondation (critique et auto-critique) des sciences et techniques de l'homme, qui a vocation à dépasser les limites et les pathologies des modèles analytique et herméneutique, non pas en les ignorant mais en les connaissant et en intégrant leurs vertus respectives à sa propre démarche, thérapeutique notamment²⁹. En essayant de ré-éveiller chez le sujet/soignant comme chez le sujet/soigné la dimension éthique et symbolique qui fait le plus propre de l'homme selon sa dimension d'*homo théorêthicus-symbolicus* cette fois. Cette troisième fondation (*idéo-critique*) des sciences de l'homme ne vient pas de sortir, elle-non plus ; elle est en fait la première chronologiquement et axiologiquement puisqu'elle présuppose une anthropologie et anthroponomie proprement philosophique, réflexive et active ; mais elle semble avoir pour destinée (sinon destin, espérons-le), d'être méconnue, de Socrate jusqu'à aujourd'hui, et aujourd'hui plus que jamais, depuis que la philosophie a elle-même été doublement « transformée » ou « réduite » par les modèles analytique et herméneutique au cours du XX^e siècle³⁰, d'où la nécessité ici de reconstruire conjointement la médecine et la philosophie intellectuellement pour les ré-instituer pratiquement dans leur dimension éclairante et émancipatrice respective et commune.

N'est-ce pas, d'ailleurs, ce à quoi pourrait et devrait tâcher de travailler, par exemple, une psychologie clinique d'inspiration psychanalytique bien comprise et pratiquée, qui intégrerait *l'explication analytique des symptômes* et *l'interprétation herméneutique des symboles* dans et par une *reprise dialogale* de type *réflexif* (et donc

politique ?, IV : Pour une morale et une politique du jugement réfléchissant, op. cit.

²⁸ E. Kant, *Métaphysique des mœurs*, I : Fondation [1785], Paris, GF-Flammarion, traduction et présentation A. Renaut (p. 108).

²⁹ Pour la présentation d'une telle synthèse, voir E. Cassirer, *Logique des sciences de la culture* [1942], III et IV, et mon commentaire : « Fondation critique ou fondation herméneutique des sciences de la culture ? », Paris, Éd. du Cerf, 1991, traduction J. Carro et J. Gaubert.

³⁰ Pour plus de précisions à ce propos, voir J. Gaubert, *Quelle fondation symbolique pour la culture ?*, op. cit. ; et "Quelle *Bienveillance ?*", Annexe II, *L'enseignement philosophique*, Paris, 2014 : « Les transformations analytique et herméneutique de la philosophie » (**Extrait d'un exposé de formation continue des professeurs de philosophie**, à l'I.U.F.M. de Nantes, 1993).

significatif, et non plus seulement expressif et communicatif³¹) entre le thérapeute et son patient, pour que d'objet souffrant (donc dépendant) celui-ci redevienne ou devienne sujet agissant (de façon autonome), par la médiation d'une réappropriation critique et auto-critique de soi (comme y appelle Freud : « Là où ça était, je dois/doit advenir »)³² ? Cette démarche contribuerait alors à réhabiliter le point de vue du *cogito* (aussi bien chez le patient/soigné que chez l'agent/soignant), *cogito* qui pour ne plus être méta-physiquement souverain n'en serait pas non plus physiquement « atomisé » (comme en notre I.) ni herméneutiquement « blessé » (Ricœur³³) et donc débouté (comme en notre II.), mais bien plutôt *refondé comme tâche éthiquement infinie par une bienveillance psycho-éthico-symbolique* que l'on pourrait alors dire « en première personne », sur le mode Je/Je/Nous : « Connais-toi toi-même », pour mieux connaître autrui et te pratiquer et le pratiquer ("respecter" ici) plus justement (mieux le *soigner* notamment, mais aussi mieux *l'éduquer* et mieux le *gouverner*, pour reprendre « les trois métiers impossibles » selon Freud³⁴), et cela de façon d'abord *intra-dialogale* pour mieux être *inter-dialogale*³⁵. Tout en veillant ici, donc, à ne pas reconduire la violence que pourrait constituer une injonction autoritaire à l'autonomie pouvant relever d'un acharnement thérapeutique (et éthique) et confinant à l'abus de pouvoir, voire à la violence dérélictionnelle ou, tout simplement, à la faute et même au délit de non-assistance à personne en danger par incompetence voire désespérance thérapeutique, et même par lassitude existentielle d'une prise en charge sacrificielle, ce qui irait à l'encontre même d'un tel projet d'éclaircissement et d'émancipation indissolublement médical et philosophique de l'humanité en chacun et donc en tous.

Conclusion

On aura donc bien compris qu'il ne s'agit pas ici de séparer les trois modèles de bienveillance en question ni de substituer l'un ou les uns aux autres ou à l'autre, mais de bien les distinguer pour mieux les articuler, selon la singularité et la pluralité des patients et des pathologies dont ils souffrent tout comme la diversité de leurs contextes de vie respectifs, certes, mais aussi et surtout en fonction de la complétude et de l'articulation des dispositions naturelles et aspirations culturelles qui font le plus propre de l'homme. Seule une telle conception et pratique peut refonder, à nouveau frais aujourd'hui, le lien humaniste antique et classique de la médecine et de la philosophie pour œuvrer à *la résolution du malaise dans la civilisation des maltraitements analytique mais aussi herméneutique* quand ces deux paradigmes ou modèles prétendent, tous deux et donc conflictuellement, à la supériorité et surtout à l'exclusivité. Et cela, donc, aussi bien en philosophie qu'en médecine, puisque les réductions analytique et herméneutique de la philosophie contemporaine ont prétendu (et travaillent toujours à) lobotomiser la

³¹ Pour la tridimensionnalité de la faculté symbolique : expressive-mimétique, communicative-analogique et significative-purement symbolique, lire E. Cassirer, *Trois essais sur le symbolique* [1922-1923 et 1938], Le concept de forme symbolique dans l'édification des sciences de l'esprit (notamment pp. 12-14 et 16-19), Paris, Éd. du Cerf, 1997, traduction J. Carro et J. Gaubert ; ainsi que J. Gaubert, *Quelle fondation symbolique pour la culture ?*, op. cit.

³² S. Freud, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* [1933], Paris, Gallimard, 1984, traduction R.-M. Zeitlin.

³³ P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Préface : La question de l'ipséité, op. cit.

³⁴ S. Freud, *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* [1937], Paris, PUF, 2010.

³⁵ Pour la distinction et l'articulation des deux paradigmes de *l'intra-subjectivité* et de *l'inter-subjectivité*, voir J. Gaubert, *Le cogito amoureux*, III, (op. cit.), et *Quelle morale pour quelle politique ?*, IV, (op. cit.), mais aussi *Le philosophe doit-il se soucier des autres ?*, III, Nantes/St. Nazaire, Revue Place Publique, 2010.

philosophie (comme l'humanité elle-même) de sa dimension proprement réflexive et active ; à réactiver d'urgence, donc, pour nous réinscrire, modestement mais résolument, dans le double projet de la sagesse personnelle (du soin de l'âme de chacun) et de la justice collective (du soin des corps et du corps politique de tous), puisque la *bienveillance* est aussi affaire de politique, médicale mais aussi générale (comme nous l'avons évoqué), pour que tous et chacun puissent accomplir au mieux l'humanité en soi-même comme en autrui, si c'est bien encore « ce à quoi nous tenons »³⁶, et cela pour œuvrer à la re-moralisation personnelle comme à la re-civilisation collective qui s'imposent d'urgence afin d'échapper au nihilisme³⁷ qui gagne aujourd'hui le monde et les esprits. Je veux donc bien faire mien ce nouveau néologisme de « bienveillance », mais alors sous toutes ces conditions !

Je vous remercie de votre patiente attention.

Joël GAUBERT, le 12/10/2018

³⁶ Sous-titre de *Le moment du soin*, F. Worms, op. cit.

³⁷ Sentiment et jugement selon lesquels rien n'existe réellement, rien n'est vraiment connaissable ni légitimement praticable (surtout pas le prétendu grand amour, tout comme la société soi-disant parfaite), plutôt qu'autre chose et notamment le contraire (surtout les amours passagères et délétères et les rapports sociaux cyniques et brutaux).