

De la dignité humaine dans les soins

Jean-Gilles Boula

« Nul ne veut être ce qu'il n'aime pas »
Saint Augustin¹.

Introduction

La dignité se définit, de manière générale, par ce qui est *au-dessus de tout prix*, de toute comptabilité, et n'admet nul équivalent, n'ayant pas une valeur relative, mais *une valeur absolue*, dans la mesure où rien n'est plus important que la vie elle-même, dans toutes les acceptions du terme. A cet égard, la pratique soignante dans une institution hospitalière ou ailleurs, est la situation par excellence où cette notion se laisse penser avec la plus grande acuité, et avec une extrême urgence, eu égard à la fragilité dont fait montre tout corps malade. Si cette notion de *dignité* se faisait absente de la pratique soignante, il nous semblerait que cette dernière se viderait de son sens, c'est-à-dire de ce qui la caractérise fondamentalement en tant qu'elle est définitoire de l'homme et de son humanité. L'homme, même malade, n'étant pas *une chose*, une réflexion insuffisante sur le concept de dignité est susceptible de faire des soignants des « barbares », c'est-à-dire ceux qui ne peuvent plus reconnaître en l'autre, dans sa fragilité vécue, leur propre humanité, alors que la fonction soignante est censée promouvoir cette dignité à laquelle ne renvoie pas automatiquement un corps malade.

En effet, plus *l'autre* est différent (maladie, condition sociale, mœurs, patrimoine génétique, âge, religion, race, ethnie...etc.), ou perçu faussement comme tel par l'effet de la classique exagération des différences que met en évidence l'anthropologie à travers les diverses diabolisations que nous connaissons (son contraire à effet identique, la négation des différences, « *coincidentia oppositorum* », est tout aussi délétère), moins l'on risque d'être naturellement disposé par sympathie à prendre fait et cause pour lui, quel que soit par ailleurs le bagage d'informations scientifiques dont, par ses études et sa formation, le soignant peut disposer. L'histoire récente des

camps de concentration et des génocides, des meurtres et des exactions diverses sur les personnes (enfants ou adultes), atteste de cette absence de disposition naturelle à la promotion de la dignité et à la garantie de celle-ci. Montaigne ne nous rappelle-t-il pas que « *toute autre science est dommageable à celui qui n'a la science de la bonté* »²? Et ne nous faut-il pas ajouter que, plus que la bonté, qui ne saurait être qu'une vertu évangélique, il est question avant tout d'une *lucidité* et d'une *capacité proprement professionnelle*, à cultiver pour soigner, et dont il s'agit de proposer ici et de concevoir les conditions de possibilité ?

Du penser dans les soins

Le dualisme *âme / corps* a longtemps été le souci autant de la métaphysique occidentale depuis les présocratiques que de la métaphysique orientale. C'est dire que dans ces deux modalités de pensée *l'âme* a toujours été considérée comme séparée du corps au point de tenir ce dernier pour négligeable, voire méprisable. Or l'expérience de la maladie nous fait prendre conscience qu'une telle séparation est factice et arbitraire, tant un corps souffrant est aussi une *âme* (psyché) *souffrante*. Aussi toute vision crûment dualiste enlève-t-elle au corps la part de dignité qui lui revient en tant que substrat de la vie proprement humaine au profit d'une seule et quasi abstraction isolée appelée « âme ». N'est-on pas tenté de dire dans la plupart des religions du monde que la dignité humaine, à supposer qu'on l'admette, est due uniquement à *l'âme* humaine ? Il se pourrait bien, mais dans l'optique des soins, *l'âme* ne peut exister comme une entité séparée, étant indivisiblement unie au corps. Pour peu que nous nous reportions à notre expérience ordinaire et quotidienne de la vie, et malgré la difficulté à concevoir *l'indivision* (– cette dernière n'est en effet possible que par négation, comme le mot l'indique, *in*-division -), nous nous éprouvons, en temps normal – le langage, le dialogue même, en témoigne – comme *chacun* (« chaque » « un »), un « je » individuel (« *individu* » vient, en effet, du latin *individuum*, « corps indivisible ») ; ainsi, la sagesse inscrite dans la langue ordinaire le dit à nouveau, car divisant (chirurgicalement, par exemple) le corps de M. Dupont, jamais je ne parviendrai à diviser M. Dupont. La maladie analyse, en effet, au travers des *trois composantes indivisiblement soudées* de l'être humain (corps, psychologie et

socialité) les aspects biologiques (fonctionnements et dysfonctionnements physiologiques, cellulaires, anatomiques), psychologiques (l'histoire de vie de l'individu et de ses expériences d'éprouvés intellectuels, émotionnels, relationnels) et sociaux (sa vie dans les grands groupes et les groupes restreints), respectivement *disease, illness, sickness* des anglo-saxons. Ainsi l'être malade permet de voir l'homme dans sa triple dimension, et en lui la vulnérabilité de la condition humaine tout entière. Vulnérabilité affichée, le patient (du latin *patio*, je souffre) est, en effet, le reflet de notre propre vulnérabilité, en même temps qu'une voie d'accès à la puissance de la connaissance négative et au dépassement que celle-ci rend possible : ***l'incorporel, l'immatériel***, en un mot, ***le spirituel***, c'est-à-dire les « inimaginables » selon l'heureuse expression de Thomas De Koninck³. En quoi sont-ils des « inimaginables » ? Précisément en ce qu'ils permettent de *dépasser* par *la pensée* et *la négation* la condition humaine qui, du coup, apparaît *plurielle, multiple* et *vaste*. Ce fait est bien rendu par les sagesses orientales, occidentales, la littérature mystique, qui parlent de « *vide* », de « *vacuité* », de « *rien* », de « *néant* », où il faut, bien entendu, comprendre autant de négations de la matérialité que de toute forme d'obstacle que constitue la maladie. C'est *le dépassement* de cette matérialité du corps qui *fait penser* à *l'immatériel*, à *l'esprit*, c'est-à-dire à une réalité dont la portée va *au-delà* du corps. Ce dépassement s'appelle tout simplement « ***penser*** ». « ***Penser et être sont en effet le même*** »⁴, nous rappelle utilement Hegel. *L'incorporel* fait donc partie du corps, en tant qu'il est sa *négation* et son *autre*. Il est constitué par ***un ensemble de caractéristiques inter-reliées par la pensée***, ensemble de caractéristiques qu'il convient, en effet, d'appeler, ***le concret***. On l'oublie souvent, le latin « *concrecere* » dont vient le terme « ***concret*** », signifie « *croître ensemble* ». Le corps est ***concret***, en ce sens qu'il participe d'une expansion infinie de caractéristiques, et ne saurait se réduire à un nombre fini d'aspects, une telle réduction serait, en effet, *l'abstrait*. On parvient à l'abstrait en isolant un ou quelques aspects du *concret*, infini par définition et multiple. Pour faire image, un arbre est *concret*, parce qu'il ne peut exister sans air, terre, rayons solaires, sève et le reste. Le tout *concret* vivant est ***irréductible*** à ses parties. Le corps humain est précisément l'exemple de cette réalité concrète aux caractéristiques et possibilités infinies. Toute abstraction, toute réduction, confine à

l'*irréel*, dès qu'on la prend pour *du concret* : « le sophisme du concret mal placé », cher au philosophe anglais Whitehead.

Dignité humaine, pensée et critique des abstractions

Parler de *dignité humaine*, c'est faire la critique radicale *des abstractions* tenues pour « du concret ». Dans la vie ordinaire, et à fortiori dans la pratique soignante quotidienne, le corps du patient, saisi dans son immédiateté spontanée, peut confiner à l'abstraction, par manque de référence à quelque sens global, voire infini, et le particulier ainsi isolé est forcément abstrait. Certes, le diagnostic, les localisations et les considérations diverses des pathologies du corps constituent les bases de l'approche médicale. Mais la réduction de la personne souffrante à sa pathologie ou à un organe, en quoi consiste l'abstraction à laquelle nous faisons allusion, est susceptible de faire perdre la dignité à la personne soignée, et la réduire ainsi à une forme de sous-humanité indigne. Cette abstraction constitue précisément l'instance par laquelle se perd le sens de la dignité humaine. La pratique soignante est *intelligente* lorsqu'elle ne s'arrête pas « bêtement » à la surface, sachant mieux évaluer ce qui trop souvent échappe au domaine purement médical, à savoir *la réalité spirituelle* du corps humain, pensée et établie à partir de sa matérialité. La sagesse inscrite dans la langue ordinaire le confirme⁵, nous rappelle De Koninck . Le verbe français « *penser* », nous fait-il remarquer, vient du latin *pensare*, signifiant proprement « peser, juger », et fréquentatif de *pendere*, « peser », laisse ainsi supposer un rapport significatif à la réalité. Le *poids* appartient en effet aux choses, au corps, et il aide à les jauger : « *valoir son pesant d'or* », dit-on ; ou « *tout bien pesé* » pour « après mûre réflexion » ; « *le poids des mots* », « *lourd de sens* », « *un pensum* » (le poids de la laine qu'un esclave devait filer chaque jour), « *peser le pour et le contre* », la considération des opposés étant essentielle à un jugement « *objectif* » : ce faisceau d'expressions renvoie à la relation entre *la matérialité physique* du corps et *la pensée*. A cet égard *la dignité humaine* est et sera toujours objet de pensée, car il s'agit de *peser les choses*, en l'occurrence les corps, au-delà de leur poids véritable et apparent. L'*homme* pèse lourd, et d'un poids inestimable. A vrai dire, l'être humain se définit sans doute le mieux comme un *être questionnant*⁶, support de l'activité pensante. De

même, les termes « *intellect* » ou « *intelligence* » deviennent instructifs par leur étymologie, car provenant du latin « *intelligere* », et selon la préférence étymologique, soit « lire dedans, à l'intérieur », *intus-legere*, soit « lire parmi », *inter-legere*. Autrement dit, qui *sait lire, déchiffrer, discerner*, parmi **la diversité** des signes cliniques, donne sens à l'unité du corps, **reconnait ainsi un ordre invisible** qu'il dégage, mis là pour lui, mais inexistant aux yeux de maint « analphabète de la pratique soignante », car ce *lecteur - déchiffreur* ne cesse ainsi de travailler à la promotion de la dignité humaine du patient en en concevant l'inépuisable condition. Par glissement sémantique, un soignant intelligent, l'être professionnel intelligent *sait lire* et *discerner*. C'est cette lecture à même les soins, à condition qu'elle soit sans cesse approfondie, qui permet de rendre compte du nécessaire *sens de la dignité humaine*. Penser la dignité dans les soins, c'est *concevoir en permanence*, c'est-à-dire asseoir la pratique soignante sur des concepts qui se traduisent sans fin en paroles, en *logoi* ou « verbes intérieurs » qui ne sauraient épuiser l'idée qu'un soignant peut se faire de l'être humain, à moins qu'il ne se laisse happer par le psittacisme d'une conception mutilée du soin, c'est-à-dire par des formules toutes faites sur "la dignité humaine, le respect de l'être humain"; « le verbe extérieur », le *logos* ou la parole en ce sens qu'elle est toujours précédée d'un « *vouloir-dire* »⁷, constitue par excellence le dispositif qui permet d'asseoir la rationalité non instrumentale de la pratique soignante.

Opérations de la conscience intentionnelle et pratique soignante

Ce « *vouloir-dire* » se décline selon quatre opérations de la conscience intentionnelle. A partir de la *connaissance empirique* du corps, en tant que celui-ci se donne à être vu, senti, touché, écouté, examiné par la science médicale et l'activité soignante, le professionnel du soin comprend ce qui est scientifiquement et rationnellement en jeu dans sa pratique. A travers les connaissances déclaratives et procédurales (concepts, propositions, méthodes, procédures), il vise à asseoir *la connaissance intellectuelle*, c'est-à-dire, à nommer correctement les réalités de la situation du patient à laquelle il fait face ou pour le dire autrement, à utiliser les concepts dont la définition en compréhension et en extension ne souffre ni la négligence, ni l'ambiguïté,

connaissance intellectuelle sans laquelle, par ailleurs, aucune réelle compréhension et aucune véritable communication ne sont possibles. Il s'agit ensuite de bien juger et évaluer l'efficacité des actes de soins entrepris, par la *connaissance rationnelle* (raisonnement et démarche clinique, stratégies cognitives et métacognitives diverses, évaluations) convoquée pour atteindre les objectifs et les finalités préalablement posées. Avoir à évaluer les objectifs de soins donne au soignant *de quoi répondre* de ses actes. La connaissance rationnelle ainsi établie touche à la responsabilité du soignant vis-à-vis du patient, c'est-à-dire de celui qui souffre. Que deviendrait en effet le patient, si le soignant ne s'occupait pas de lui de la manière la plus intelligible et la plus intelligente qui soit ? Cette question relève de la *connaissance responsable* dont aucun soignant digne de ce nom ne saurait se passer. Être responsable, c'est avoir peur *pour* l'autre, le patient, *pour* ce qui peut lui arriver si le soignant ne s'occupe de lui avec intelligence et anticipation fondée en raison. Gageons donc qu'être soignant, c'est *penser et apprendre à penser*, c'est-à-dire à aller au-delà de l'apparence sensible pour dire ce qui est au-dessus de tout et ne peut admettre d'équivalent, c'est-à-dire l'absolu de l'humain appelé *dignité humaine*. C'est précisément fort de cet axiome que le soignant *connaissant, réfléchissant, concevant, questionnant*, s'avère, en tant que tel, à la fois *lui-même et l'autre*. L'intentionnalité de la connaissance soignante qui se veut responsable, qu'elle relève de la science médicale ou des sciences humaines, ne dira rien d'important si elle ne signifie pas au moins cela au départ.

Le sens du toucher, analyseur de la dignité humaine dans les soins

C'est bien connu, le toucher n'a pas d'organe facilement repérable, sinon le corps humain tout entier ; c'est aussi le moins spécialisé des sens, recouvrant un ensemble très complexe de fonctions, de sorte que son analyse est particulièrement difficile. Cela dit, il ne fait aucun doute que la main, outil par excellence du soignant, soit une des zones du corps où le toucher est à sa plus fine expression, les lèvres étant une autre ; l'expérience du corps vécu, du corps propre, suffit à le corroborer ; nous savons par ailleurs la place importante de la main et des lèvres dans le cortex sensoriel. Quant aux autres sens, en effet, l'homme est inférieur à beaucoup d'animaux, mais pour *le toucher*, il les surpasse tous de loin en acuité. Et c'est par le toucher qu'il est *le plus intelligent* des animaux. La preuve en est, qu'à s'en tenir à

l'espèce humaine, c'est l'organe de ce sens, et aucun autre, qui partage les individus en bien et mal doués : ceux qui ont la chair dure, dit-on souvent, sont mal doués intellectuellement, mais ceux qui ont la chair tendre sont bien doués. Piaget⁸ avait fait de l'articulation de la préhension et de la vision le point cardinal du développement de l'intelligence, en tant que cette articulation prépare l'imitation, matrice de l'image mentale et de la formation du symbole. Pour Aristote, la finesse du toucher humain va de pair, avec « *une finesse plus grande de l'éveil* ». Dans ces perspectives, le toucher apparaît comme le sens le plus fondamental, appartenant au corps tout entier chez l'homme, jusqu'aux organes des autres sens : la nudité caractéristique de l'être humain le fait au surplus ressortir. Le toucher se confond dès lors avec la sensibilité elle-même ; or plus celle-ci est fine, selon la psychologie de la perception, plus elle dispose à la finesse de l'intelligence. Ainsi donc, la main et l'intelligence du cerveau ont en partage la quête de certitude et la vérification. Et comme le dit Thomas De Koninck, « *c'est ma main qui m'assure d'abord que le bâton dans l'eau est bien droit, en dépit des assurances contraires, claires et distinctes, de mon œil* ». Ou pour prendre un exemple dans l'ordre de l'expérience prudentielle cette fois, « *... les hommes, en général, jugent plutôt aux yeux qu'aux mains, car chacun peut voir facilement, mais sentir, bien peu. Tout le monde voit bien ce que tu sembles, mais bien peu ont le sentiment de ce que tu es (...)* » (Machiavel)⁹. C'est la pensée ou *le penser*, l'activité de penser, et sa force de négation de fausses évidences, qui creusent l'abîme dans l'infini de ce que nous sommes. La dignité dans les soins ne se laisse pas facilement appréhender ou concevoir, il faut un *creusement* par l'activité de penser, en quoi consiste cette dignité de l'être humain à soigner autant que de celle du soignant.

Poids du réel et polarité du toucher

Un autre trait, intimement relié au précédent concerne « *le toucher* qui donne, par excellence, le sens des *objets réels* ». « *Ce qu'elle (la main) touche est réel* », déclare Valéry . « *Le réel n'a point, ni ne peut avoir, d'autre définition* »¹⁰, propos qui rejoignent les conceptions communes de la vie ordinaire. Est « *réel* » pour le sens commun ce qui offre une résistance, qui est « *substantiel* » par opposition à ce qui est

inconstant, « *melted into air, into thin air* », ¹¹ selon Shakespeare. Mais d'où vient cette association courante entre le « *sens du toucher* » et le « *poids de la réalité* », qu'on retrouve du reste dans le geste de « *peser* » (on pèse pour jauger) – qui est l'origine, on le sait, du verbe « *penser* » ¹² ? Le *toucher* va, en effet, en profondeur, éprouve une première fois l'intériorité, le dedans des choses pour ainsi dire, comme aucun autre sens. Mais il y a autre chose encore : *la polarité*, ce concept incontournable et inhérent à l'acte de soigner. Par le toucher, en effet, je ne puis être présent à l'autre sans l'être à moi-même, parce que le toucher est le seul des cinq sens qui soit réciproque : on peut voir sans être vu, on peut écouter sans être entendu, mais on ne peut toucher quelqu'un sans éprouver soi-même, en même temps, ce contact. Voilà bien un garant de « vérité », s'il en est : la vérité de soi et celle d'autrui simultanément. La conscience du contact est en même temps conscience de la distinction entre les choses et moi-même : *l'autre, moi-même, l'union et la séparation des deux sont simultanées* – une excellente façon, de définir *l'éveil à soi et aux autres*. Cette polarité nous indique dès lors la chose essentielle dans l'acte de soigner, à savoir que le sens de la dignité à promouvoir au moment du soin conditionne même la dignité que le soignant conçoit vis-à-vis de lui-même. La douche froide qui nous éveille nous rend de nouveau présent à *l'autre* (l'eau) et partant à nous-même, c'est-à-dire, selon l'expression commune, « nous replonge dans la réalité ». Ici apparaît une première fois *l'intentionnalité qui définit la connaissance* : « l'eau est froide », disons-nous, en touchant la mer. Nous voyons clairement qu'être engourdi, endormi, en état de stupeur ou de coma, c'est au contraire ne plus percevoir l'autre et par conséquent nous-même non plus. Si nous prenons le sens de la vision, le milieu indispensable à celle-ci, la lumière, n'est pas lui-même vu. Or « *percevoir de façon tactile, c'est percevoir en même temps le milieu* ». Dans le toucher, le milieu est lui-même perçu. Toucher, à cet égard, c'est percevoir, non seulement l'objet, mais ce qui fait percevoir. *Toucher un malade, c'est se toucher*. Dans le toucher donc, *percevoir* un objet et *se percevoir* soi-même ne sont pas séparables ; ***ils sont même la condition l'un de l'autre***. Ainsi le toucher rend-il mieux que la vision (*intuitus*) la ***conscience de soi*** caractéristique de la perception et de la pensée. Pour le dire autrement, ***la conscience de soi*** commence avec le toucher. La réciprocité des effets du soin se

décline selon la répercussion de l'effet des actions du soignant sur le soigné *sur* le soignant lui-même.

« Pour le tactile, c'est l'être à deux qui se place au premier rang » (Minkowski). Le toucher implique toujours une *réciprocité*. La main réfute d'emblée tout solipsisme, puisqu'elle nous met aussitôt en présence de *l'autre* et de *nous-même*. Ce fait pourrait à lui tout seul expliquer la gêne et l'embarras qu'éprouvent certains soignants en touchant des corps malades. Le vocabulaire des relations humaines et des tonalités affectives est en effet dominé par *le toucher* et *les qualités tactiles*. Les expressions « *avoir du tact* », « *se mettre dans la peau d'autrui* », « *avoir une personnalité froide* » ou « *chaud au cœur* », « *être rude* », « *doux* », être « *touché* », être « *navré* » (blessé, en ancien français) – confirment à l'envi le caractère profondément « *humain* », unique, du toucher. « Sismographe des réactions affectives, la main est un cadran plus authentique de la personnalité »¹³ que le visage, du fait que la personnalité échappe à notre contrôle. Aussi une attention particulièrement alertée à l'aspect tactile du soin doit-elle être exercée, car celui-ci constitue une occasion à nulle autre pareille de *penser le rapport à l'autre* autant que *le rapport à soi*. Savoir soigner consiste alors à s'occuper autant du soigné que du soignant lui-même, tous les deux sertis dans le souci de dignité qui informe la relation soignant / soigné.

Notre but le plus immédiat était de montrer à quel point les dimensions les plus élevées et les plus profondes de notre être, notre humanité, en un mot *notre dignité*, sont manifestes dans nos gestes et en notre corps (celui du patient et celui du soignant aussi bien), et ne sauraient en être dissociées. Nous pouvons tenir pour essentiel, nous semble-t-il, que le corps humain tout entier, en sa dimension tactile, participe de *la dignité du tout humain de manière essentielle*.

Précisions

Nous ne saurions quitter ce faisceau de considérations à propos de la dignité sans préciser d'une part, qu'il est clair que si la pensée et d'autres activités humaines s'avèrent *spirituelles*, c'est-à-dire *non matérielles*, leur union au corps ne fait aucun

doute, et que d'autre part, ce que nous appelons notre intelligence est tout simplement *ce par quoi* nous pensons, cette aptitude particulière coexistant avec notre définition du concept de *dignité humaine*. Le fait fondamental demeure notre *indivision* ou notre *unité*, dans cette multiplicité d'aptitudes, de facultés, pourtant si diverses dont nous sommes potentiellement constitués. Mais alors, si l'âme humaine n'est pas divisible en parties au sens strict du mot, il s'ensuit nécessairement qu'elle est *spirituelle* si quelque'une de ses activités l'est. Son union au corps étant celle que nous venons d'observer à partir de la main et du toucher, voilà qui investit le corps humain tout entier d'une dignité vraiment singulière, tout en laissant pressentir que l'âme, elle, doit être immortelle. **La dignité de la personne** et **la dignité humaine** tout court sont identiquement *la même*, du moins c'est ce qui doit ressortir du parcours que nous venons de tenter : *la personne humaine est le tout humain*, corps et âme, et non quelque substance séparée¹⁴.

Pratique soignante et dignité humaine

Nous avons établi que l'indivisible « *absolu* » qu'est la personne humaine, quelle que soit sa nature, ne nous est pas accessible directement, pas plus que son *néгатif spirituel*. La négation par laquelle nous l'atteignons présuppose son opposé, déjà connu, donc déjà en nous. Toutes les fois que nous sommes devant un malade, devant son désespoir, sa détresse, nous sommes appelés à penser *l'autre* de sa situation. Comme l'a admirablement dégagé Hegel dans sa critique fondamentale de Kant - (nous nous permettons ces références pour montrer ce que nous devons à ces auteurs dès qu'il est question de penser notre situation *dans* le monde) - : « *Quelque chose n'est su – et même ressenti – comme **borne**, manque, que pour autant que l'on est en même temps **au-delà** de lui. (...) Une borne, un manque de la connaissance ne sont de même déterminés comme borne, manque, que par la compassion avec l'Idée présente de l'universel, d'un être total et achevé. Ne pas discerner précisément que la désignation de quelque chose comme quelque chose de fini ou de borné contient la preuve de la présence effective de l'infini, du non borné, que le savoir d'une limite ne peut être que dans la mesure où l'illimité est de ce côté-ci dans la conscience est pure*

inconscience. »¹⁵ La connaissance de l'imparfait et du fini comme tels, que sont par ailleurs *la maladie* et *la détresse* qui accompagne cette dernière, suppose la connaissance de leurs contraires. « Affirmer nos limites n'est possible que dans la mesure où quelque chose en nous *les déborde*, qui soit en mesure de *nier pour transcender*, et qui donc *déborde* déjà lui-même ces limites : les mots l'attestent : *indivisible, immatériel, incorporel, immortel, infini, illimité*, et ainsi de suite, autant de négations pour dire l'ineffable et, en tout cas, *le non sensible* »¹⁶. Ce faisceau de notions caractérise la **dignité humaine**. Le soin a comme matrice les exigences de l'intelligence et de la rigueur rationnelle. Les incantations et la rhétorique par trop idéologique sur la *dignité* et le *respect de la personne humaine* ne sauraient être suffisantes. L'imparfait, l'incomplet, l'inachevé (que constitue l'état du patient ou l'état de la maladie) pris en charge par ***l'acte de soigner*** - *energeia* (actus) « acte »¹⁷ - *est* le parfait, le complet, l'achevé en puissance¹⁸(*l'objectif du soin*). ***Tout être naturel incomplet est un commencement réel de l'être complet qui le définit et vers lequel il tend.*** Tel malade étant, en situation, inachevé, il en découle qu'il est composé de *l'achevé en puissance*. C'est-à-dire *en même temps*, une facticité investie et ***un projet-dépassement***. Malade, patient, nous ne pouvons nous débarrasser de notre situation de malade, de patient, ***qu'en l'assumant pour la changer*** en nous adossant aux professionnels du soin. A une situation nouvelle, telle la situation du patient, en tant que déterminisme en sa condition qui « doit être vécue, c'est-à-dire assumée, dans un dépassement », la médecine et le soin sont ***puissance*** à la fois de la maladie et de la santé.

Conclusion

Le soin est cette tentative de dépassement, définissant ainsi le travail à faire pour promouvoir la **dignité humaine**. C'est précisément parce que les contraires ne peuvent coexister simultanément en acte dans les choses que nous devons *penser* et *délibérer* pour leur dépassement. *Le souci de dignité humaine* rejoint ainsi *celui de l'éthique* dont les substrats sont la délibération et la rationalité permettant *le choix* en connaissance de cause. Or choisir contraint à une comparaison actuelle. Afin de

décider si je dois poser ou non telle action de soin, voire agir ou ne pas agir, il est nécessaire que l'un et l'autre mouvement soient réellement confrontés. La notion de *dignité humaine* disparaît quand je cesse de lutter rationnellement et de délibérer avec moi-même et les autres. Cette lutte intérieure évite *l'akrasia* des grecs, c'est-à-dire « un manque de contrôle de soi », « une incontinence », « une faiblesse de la volonté ». En d'autres termes, la paresse intellectuelle, la paresse de penser, au profit de l'activisme que rien ne fonde, ont vite raison du sens de *la dignité humaine*. Tributaire de l'intelligence en acte, de la délibération, le sens de la dignité humaine fait partie du *questionnement ou de l'interrogation éthique* dans la pratique soignante.

Mots clés

Dignité / Pratique soignante

Valeur absolue

Altérité

Indivision

Penser / Poids

Négation / Esprit / spirituel

Concret

Conscience intentionnelle

Toucher /Polarité / Réciprocité

Projet - dépassement

Bibliographie

¹ Saint Augustin, *De Trinitate*, VIII, VI, 9, trad. P. Agaësse (*Œuvres*, in Bibliothèque augustinienne, vol. 16, p. 50-55).

² *Les Essais de Montaigne*, mis en Français moderne et présentés par Claude Pinganaud, Ed. Arléa, 2002, Paris.

³ Thomas De Koninck *De la dignité humaine* PUF, Quadrige, Paris 2002.

⁴ Hegel *Préface de la 2ème édition de l'Encyclopédie des sciences philosophiques*. Parménide, DK 28B, I.34 trad. J. Beaufret

⁵ Thomas De Koninck *De la dignité humaine*, Puf « Quadrige », Paris, 2002

⁶ Jean-Gilles Boula, *Interrogation et questionnement éthique* in *Ethique : formation et soins infirmiers*, Perspective Soignante, No. 3 p. 39 – 51, Paris, 2001.

⁷ *Les quatre opérations de la conscience intentionnelle*, in « Du savoir pratique à la connaissance », Revue Soins, No. 667 juillet/août 2002, Ed. Masson, Paris.

⁸ Jean Piaget, *La construction du réel chez l'enfant*, Ed. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1967.

⁹ Machiavel, *Le prince*, chap. XVIII, in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, « LaPléiade », 1952, p.

343

¹⁰ Paul Valéry, in *Choses vues*, in *Oeuvres*, vol. II, Paris, «La Pléiade», Gallimard, Paris. 1960.

¹¹ Shakespeare, *The tempest*, III, IV, 150; aussi: “We are such stuff as dreams are made on” (v. 156-157: “The baseless fabric of this vision”; 155: “This insubstantial pageant”).

¹² Buytendijk, Some aspects of Touch, *Journal of Phenomenological Psychology*, I, 1970, p. 120.

¹³ Charlotte Wolff, *La main humaine*, Paris, PUF, 1952, p. 7 et 18.

¹⁴ Voir Paul Ladrière, La notion de personne, héritière d'une longue tradition, in *Biomédecine et devenir de la personne*, éd. Simone Novaes, Paris, Seuil, 1991, p. 27-85.

¹⁵ G. W. F. Hegel, *Encyclopédie des sciences philosophiques*, I : *La science de la logique*, trad. Bernard Bourgeois, Paris, Vrin, 1979, p. 321.

¹⁶ Thomas De Koninck, *De la dignité humaine*, PUF « Quadrige » 2002, Paris.

¹⁷ Ce mot « d'énergie » tant galvaudé dans la pratique soignante, n'a d'autre sens que « l'acte de soin lui-même ».

¹ Se référant de nouveau à la *potentia* d'Aristote, Hegel est formel : « L'imparfait ne doit pas être saisi abstraitement comme seulement imparfait, mais comme ce qui contient également en soi, comme germe et comme tendance (*Trieb*), le contraire de soi-même, à savoir ce qu'on nomme le parfait » (*Die Vernunft in der Geschichte*, p. 157) Cf. *Wissenschaft der Logik*, I, p. 126-146.