

Phénoménologie du soin

Collection « Phénoménologie clinique »,
fondée et dirigée par Jérôme Englebert

Ouvrage publié avec le soutien de l'Équipe de Recherche sur les Rationalités Philosophiques et les Savoirs (EA 3051) de l'Université de Toulouse, de la FERREPSY Occitanie, du Service de psychiatrie de liaison et le Service de psychiatrie générale du CHUV de Lausanne, de la MGEN et de la Mairie de Toulouse.

Ce livre a été réalisé dans le cadre du projet de recherche « Self in Recovery : a phenomenological perspective on schizophrenia » cofinancé par l'Agence nationale de la recherche (ANR-22-FRAL-0008) et la Deutsche Forschungsgemeinschaft (N° 510763842). Ce livre est basé sur les actes du III^e Colloque international de psychopathologie phénoménologique « Phénoménologie du Soins : Psychothérapies, Institutions et Rétablissements » ayant eu lieu du 21 au 23 septembre 2022 à Toulouse, organisé par Florent Amadei, Adrien Bensoussan, Hélène de Brouwer, Pierre Bolzonella, Gregory Cormann, Laurie d'Abbadie de Nodrest, Jérôme Englebert, Tudi Gozé, Charlotte Hedoux, Hugo Phulpin, Michael Saraga, Paula Saules et Hubert Wykretowicz.

www.editions-hermann.fr

ISBN papier : 979 | 0370 4508 9

ISBN ebook : 979 | 0370 4509 6

© 2025, Hermann Éditeurs, 6 rue Labrouste, 75015 Paris.

Toute reproduction ou représentation de cet ouvrage, intégrale ou partielle, serait illicite sans l'autorisation de l'éditeur et constituerait une contrefaçon. Les cas strictement limités à l'usage privé ou de citation sont régis par la loi du 11 mars 1957.

Sous la direction de
TUDI GOZÉ, JÉRÔME ENGLEBERT,
FLORENT AMADEI ET HUBERT WYKRETOWICZ

PHÉNOMÉNOLOGIE DU SOIN

INTRODUCTION

LE SOIN COMME RÉINSTITUTION DU SUJET

Qu'est-ce que soigner veut dire ? Le soin fait à la fois référence à un acte professionnel consistant à guérir une maladie et à une attention portée à l'autre souffrant, fragilisé, voire dépendant. Soigner indique une relation entre deux individus, mais qui a aussi sa place dans un contexte particulier – cabinet, salle de consultation, hôpital ou autre. Si la visée du soin en médecine somatique peut être relativement claire, il n'en est pas de même en ce qui concerne les soins « psychiques ». Que vise-t-on au juste quand on parle à ce propos d'autonomie, de rétablissement ou d'*empowerment*, sachant qu'il ne s'agit jamais simplement ici de rétablir un organe qui aurait cessé de fonctionner correctement ? Une vie à laquelle on souhaite redonner son élan demande toujours autre chose qu'une orthopédie mentale.

Les autrices et auteurs de ce livre se sont réunis autour de l'idée que la philosophie contemporaine peut offrir une opportunité pour penser le soigner. Elle requiert en toute vraisemblance une philosophie taillée à la mesure de ce qu'il y a à dire : une expérience vécue, incarnée, relationnelle et parfois impossible. Ces autrices et auteurs se sont rencontrés autour du constat d'une certaine crise du soigner contemporain, principalement en ce qui concerne sa finalité et son contexte de production, tant il semble qu'il y ait autour de ces questions des enjeux politiques et idéologiques divers. Ce livre reprend ainsi certaines des interventions les plus marquantes du troisième Colloque international de psychopathologie phénoménologique ayant eu lieu du 21 au 23 septembre 2022

à Toulouse (après les éditions de Liège en 2017 et Lausanne en 2019). Ce colloque portait sur le thème des phénoménologies du soin, avec pour sous-titre : psychothérapies, institutions et rétablissements.

Il n'est pas inintéressant de se rappeler que le coup d'envoi de la phénoménologie d'Edmund Husserl se situe dans un moment de crise des sciences et de la connaissance à l'aube du ^{xx}^e siècle (voyant d'ailleurs également apparaître la psychanalyse). La méthode inaugurée par Husserl entendait refonder les sciences à partir d'une description rigoureuse de l'expérience, en tant qu'elle est vécue. Dès les années 1910-1920 des médecins, pour la plupart psychiatres, se sont saisis de la méthode de Husserl, puis des avancées de son élève Heidegger, pour penser les expériences pathologiques en psychiatrie. Karl Jaspers avait l'ambition de fonder scientifiquement la psychopathologie naissante à partir d'une description méthodique de l'expérience de la folie. Après lui, Ludwig Binswanger et Eugène Minkowski ont développé cette pensée pour fonder une psychiatrie phénoménologique. Si l'enjeu était descriptif et classificatoire, Binswanger a rapidement senti le potentiel psychothérapeutique de cette nouvelle méthode philosophique, quand bien même il avait émis des doutes à propos de son élaboration à partir de la phénoménologie.

Après un siècle de progrès dans la description des expériences pathologiques et la compréhension des maladies mentales, il n'a pas manqué aux contributrices et contributeurs de ce volume de remarquer qu'il s'agissait avant tout de recueils de médecins, dès lors socialement plutôt favorisés, pour la grande majorité des hommes, prétendus bien portant, qui avaient décrit la folie en termes de déficit, d'impasse ou de forme manquée de la présence humaine. Si la phénoménologie avait prétendu s'attacher à l'expérience du patient, elle avait certainement trop négligé de l'impliquer concrètement dans la tâche de conceptualisation philosophique du soin plus ordinaire dans le quotidien des institutions psychiatriques. Elle s'était notamment concentrée sur des patientes et patients présentant

un accès privilégié au langage et n'avait pas toujours su trouver la voie de la description d'expériences moins verbalisables, comme on les retrouve dans certaines formes de schizophrénie, d'expressions autistiques, ou plus simplement de vécu infantile.

Il est certain que la phénoménologie a permis d'ouvrir la voie vers une fondation anthropologique de la clinique psychopathologique, et lui a permis de trouver une juste relation avec les sciences positives (biologie, neuroanatomie, sociologie et psychologie). Toutefois, ce geste critique n'est pas toujours allé jusqu'au bout de son ambition. Si l'approche phénoménologique se propose de décrire l'expérience de la folie en dehors d'une définition a priori du normal et du pathologique, elle a parfois réintroduit ce que nous pourrions appeler une normativité de second degré. Une normativité existentielle certes, mais une normativité tout de même. C'est ce que pointe très clairement Arthur Tatossian dans sa *Phénoménologie des psychoses*, en affirmant que « c'est à des intermittences de la vigilance phénoménologique qu'il faut imputer la formulation de la folie en termes négatifs : rétrécissement existentiel, altération de l'être-au-monde, incapacité de transcendance et perte de la mondanisation¹ ». Une phénoménologie du soin psychique et relationnel nous permettrait-elle de dépasser cette limitation inhérente à la psychopathologie phénoménologique ? Les travaux réunis dans ce livre proposent, chacun à leur manière, de s'y essayer. Il ne s'agit plus de penser l'expérience pathologique d'un autre, a priori malade, depuis l'expérience d'un soi prétendument bien portant, mais d'interroger le prendre soin de soi, des autres, du collectif et du monde depuis les normes singulières de la fragilité elle-même, ainsi qu'en fonction des institutions concrètes qui l'accueillent.

Pour la première fois peut-être, l'attention porte moins sur la description psychopathologique des personnes en souffrance que sur une analyse phénoménologique du soigner, entendu

1. TATOSSIAN, Arthur, *Phénoménologie des psychoses*, Paris, Cercle herméneutique, 2002, p. 29.

comme un événement qui implique plus que le patient ou la dyade thérapeutique. Le soigner renvoie ici à toute l'épaisseur de la situation soignante. Certes cette phénoménologie conserve comme méthode préférentielle une description de l'expérience vécue en première personne, mais elle cherche à réinscrire cette description à l'intérieur des enjeux situationnels et institutionnels sur fond desquels se déploie l'expérience vécue. C'est pourquoi il ne s'agit plus de partir de la seule subjectivité de l'expérience pathologique, ni non plus de la seule relation soignante, mais d'essayer de se situer à la croisée des chemins, entre la maladie, la relation d'aide et les institutions qui les portent. Soigner c'est aussi se situer, s'inscrire, prendre place. Il s'agit de porter le regard sur le soin dans son ambiguïté et sa complexité : il est d'évidence une finalité tacite de nos identités professionnelles et pourtant souvent difficile à définir et à évaluer comme tel. Peut-on seulement s'accorder sur une définition générale sans retomber dans les pièges essentialistes ou idéologiques voire, pire, dans des slogans vides de sens ?

Le soin peut viser à un changement dans l'être-au-monde de la personne ou de l'expérience de sa maladie, assimilable dès lors à quelque chose qui s'approche en partie de la notion de guérison. Il peut aussi être pensé comme l'accompagnement d'un chemin de vie. Le soin pensé comme *Cure* vise à débarrasser la personne de sa maladie, qui peut devenir l'objet d'un partenariat contre un processus aliénant. Le soin comme *Care* se propose, sous un autre angle, de construire un rapport singulier avec le sujet malade. Ici peuvent se cristalliser des oppositions dualistes entre discours médical et discours expérientiel qui peinent à rendre compte des relations soignants-soignés. Peut-on seulement penser une psychopathologie en dehors de la relation intersubjective et du collectif dans lequel elle s'institue ? Et cette institution favorise-t-elle la possibilité du *Care* ou bien ne contraint-elle pas les soignants à se faire croire, comme à faire croire à leurs patients, qu'on

serait affranchi des injonctions institutionnelles du moment que la relation est engagée ?

Certes, le paradigme du rétablissement (*recovery*) émergeant en psychiatrie refonde les pratiques de soins à partir des valeurs de la personne. Ces pratiques visent l'intégration sociale et citoyenne, de même qu'un changement dans le fonctionnement interpersonnel. Cependant cette volonté louable d'intégration sociale se heurte aux difficultés de définitions des normes et des valeurs qui caractérisent une vie bonne ou une participation adéquate au processus. Qui est au juste ce patient capable d'être l'acteur de ses soins sinon la figure idéale d'une époque plastique et fluide qui survalorise l'autonomie et individualise à outrance la souffrance ? On peut d'ailleurs se demander si le paradigme du rétablissement implique nécessairement une sortie de l'institution. Dans sa composante expérientielle, le rétablissement peut se comprendre comme un processus de (re)construction identitaire individuel, qui ne serait plus l'aliénation à une identité de malade et rebattrait les cartes dans le jeu de rôle des protagonistes du soin. Et quand la personne est ainsi censée devenir l'acteur de ses soins, se pose alors légitimement la question de savoir qui incarne la fonction soignante et ce qu'on peut en espérer au juste.

Le lecteur au fait des propositions de la psychothérapie institutionnelle connaît la célèbre distinction que font Tosquelles ou Oury entre l'établissement et l'institution². Le premier répond aux règles prescrites et aux normes de fonctionnement incarnées par les fonctions hiérarchiques, la seconde repose sur l'expérience et l'investissement intersubjectif des lieux. De cette manière, ce qui est institué concerne l'appropriation subjective produite par les différentes singularités peuplant le

2. On se référera, par exemple, à NAUDIN, Jean et GOZÈ, Tudi, « Psychothérapie institutionnelle et phénoménologie », *Sud/nord*, 2016 (1), 33-42 ; et à VEIT, Camille, « L'institution pour soigner... l'établissement », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2018, 70(1), 179-189.

lieu où le soin se fait. Ce repère sémantique demeure pertinent à ce jour et il est intéressant d'observer, pour toute pratique du soin en collectivité, si elle tend plus du côté de l'établissement et de ses normes à respecter ou du côté de l'institution et du pouvoir intersubjectif qu'elle tolère. Dans le cadre de cette introduction, nous voudrions penser l'acte de soin à la lumière de cette distinction, en appliquant cette critique des lieux du soin au creux même de l'expérience du soigner et du processus évolutif ou de changement s'opérant chez le sujet. Dès lors, le sacrosaint rétablissement, si on le découvre des fragilités normatives que l'on a trop souvent tendance à occulter, et si on l'accompagne d'une lecture politique du sujet et d'une conception critique de ce que l'on contribue à faire avec et de lui, devrait peut-être être considéré comme une réinstitution du sujet. Cette volonté de réinstituer, plus encore que de veiller à normaliser une série d'exigences sociales, n'oublie pas de considérer le sujet sous son angle politique et créateur des normes d'existences dans lesquelles il s'épanouira selon ses propres attentes et les critères qu'il aura lui aussi contribué à établir. Puisque les registres sémantiques sont ici convoqués, en dernière analyse, c'est donc, afin de marquer la dimension dynamique, instable et non-figée, pour une phénoménologie du réinstituer que nous plaidons.

Les contributions qui suivent cherchent ainsi à identifier un chemin dans cette nébuleuse de questions que soulève la phénoménologie du soin. Elles cherchent à frayer ce chemin entre, d'une part, une conception totalitaire et disciplinaire de l'asile et, d'autre part, son renversement récent dans une désinstitutionnalisation de la souffrance et une individualisation de la maladie mentale. Bien sûr le soin appelle autre chose qu'une institution qui mesure les déficits et enferme les incapables ; mais il appelle aussi autre chose qu'une institution transparente qui responsabilise le patient et maximise à tout prix ses ressources individuelles, comme s'il s'agissait simplement de donner un « coup de pouce » à un processus qui serait seulement rouillé. S'il existe des professionnels du soin, c'est

qu'il existe aussi des formes de vulnérabilités humaines qui ne se laissent pas simplement corriger par des dispositifs de redressement individualisants, auxquels la psychologie positive veut nous faire croire. Le soin est autre chose qu'un conseil de *self-help* ou la reprogrammation d'un système de traitement d'information. Il commence avec la reconnaissance d'une difficulté ou d'une impossibilité d'exister convenablement, de faire monde, qui excède la bonne volonté du patient. Le soin demande en ce sens de se frayer un chemin au cœur de l'intime, là où une vie se noue et se dénoue, là où il en va de notre appropriation de l'existence plutôt que de la potentialisation de nos fonctions psychiques. Le soin demande donc un espace et un temps adéquats, des lieux et des temps où il devient possible de ménager un accès à cet intime, c'est-à-dire une institution qui puisse être, si l'on ose dire, à contretemps.

Mener une analyse phénoménologique du soigner, de l'Être soigné ou du prendre soin conduit à une série de problèmes conceptuels et éthiques. Quand il s'avère impossible de ne tirer qu'un fil à la fois pour démêler la complexité phénoménologique d'une expérience, il peut être nécessaire de déployer une multiplicité d'éclairages et de perspectives pour observer méticuleusement les contours, les reliefs, les aspérités de la bobine. À la fois successivement et conjointement, les autrices et auteurs déploient des interstices pour œuvrer à y voir plus clair, à créer des respirations et laisser apparaître de nouvelles lignes à tisser. C'est cette polyphonie que nous avons favorisée à une uniformisation thématique plus restrictive. Ce livre inaugural de la phénoménologie du soin témoigne, au travers d'une variété de méthodes, de l'actualité plurielle du mouvement phénoménologique en psychiatrie.

Hubert Wykretowicz, philosophe, explore les limites de la compréhension de l'aliénation comme le fait exclusif de la maladie. Cette approche passe à côté de la complexité de l'expérience humaine en sous-estimant les dimensions d'aliénation sociale et les pressions institutionnelles. L'auteur met l'accent sur la nécessité d'une vigilance accrue en ce qui concerne les

« directions de sens » qui structurent l'existence, suggérant qu'une réelle compréhension du soin implique d'examiner l'environnement culturel et social où évolue le patient.

Tudi Gozé, psychiatre et philosophe, propose à son tour de mener une analyse phénoménologique du soin psychothérapeutique dans sa dimension basique ou « minimale ». Il se propose de réhabiliter les thérapies de soutien à partir de ce qu'il décrit comme fonction support, fonction nourricière et fonction imaginante.

Jacques Quintin, philosophe, s'intéresse à une compréhension de la rencontre psychothérapeutique au travers d'une éthique relationnelle. Il prend appui sur les fondements phénoménologiques de la relation en développant le concept du non-manifeste dans l'hypothèse qu'il se loge dans l'amitié et la promesse, permettant de déplier ce qui, dans l'expérience de la rencontre de soin, paraît évident, mais qu'il n'est pas si aisé de définir. Il offre un contrepoin à une dimension de soin qui serait uniquement techniciste sans pour autant orienter vers un conflit de pratiques, mais plus vers une harmonisation à la fois quant à l'acte de soin et au vécu de la pathologie et du rétablissement.

Dorothee Legrand, psychanalyste et philosophe, interroge l'accueil clinique au travers d'une éthique radicale inspirée de la pensée d'Emmanuel Levinas et de Jacques Derrida. Renversant le geste phénoménologique, il ne s'agit plus de constituer autrui, mais laisser survenir l'altérité de l'autre en tant qu'irréductiblement singulier. Le soin est alors un horizon qui n'est pas une hospitalité passive, mais un accueil actif de l'autre « à venir » au travers d'une analyse phénoménologique du langage.

Grégory Cormann, philosophe, et Jérôme Englebert, psychologue phénoménologue, ont prolongé l'étude du *Cas Jonas*³, publié dans cette collection, pour penser les pistes

3. ENGLEBERT, Jérôme et CORMANN, Grégory, *Le cas Jonas : Essai de phénoménologie clinique et criminologique*, Paris, Hermann, 2021.

thérapeutiques à l'intersection, voire au dépassement, des normativités contemporaines internes (celle du patient) et sociales (celle du monde dans lequel il s'exprime et dans lequel nous nous exprimons). Le thérapeute devient avec nos auteurs un suspect, capable de se situer aux limites du système social et en mesure de susciter la décoïncidence pour atteindre le noyau émotionnel de l'expérience du patient.

Florence Caeymaex, philosophe et éthicienne, examine le soin en croisant phénoménologie et études féministes du *Care*. Elle explore comment la question du soin dépasse la simple technicité médicale pour s'ancrer dans une expérience humaine relationnelle et située. Caeymaex s'inspire de théoriciennes du *Care*, tel que Pascale Molinier et Joan Tronto, pour démontrer que soigner engage une responsabilité et une attention contextualisée, souvent invisibilisées par des normes sociales et politiques. Ce travail éclaire une éthique du *Care* fondée sur la reconnaissance de l'interdépendance humaine et la valorisation de l'écoute dans le soin.

Bernard Pachoud, psychiatre, théorise le soin relationnel à partir de la dimension de la résonance. Partant d'une analyse des soins apportés aux personnes âgées et dépendantes en EHPAD, il élargit l'enjeu de la résonance à une nécessité anthropologique. À partir de Karl Marx et Hartmut Rosa, il propose une distinction entre relations instrumentales et relations de résonance qui permet de repenser à nouveau frais la distinction entre soin comme *Cure* et soin comme *Care*, qui implique en retour différents types de rapport au corps vécu.

Caroline Valentiny, psychologue, et Anne-Catherine Luyten, ergothérapeute, présentent une expérience d'accompagnement d'un patient faisant l'expérience de la schizophrénie par le prisme d'une technique d'art-thérapie. Alors que la tradition du soin psychothérapeutique suppose un passage par le langage et la verbalisation par le patient de son expérience, elles ouvrent la voie d'une phénoménologie des thérapies médiatisées.

Manon Piette, psychologue et philosophe, pense sur une ligne de crête très étroite l'articulation du singulier et du collectif en institution. Si l'institution sociale et symbolique renvoie d'abord à l'inertie d'un ordre déjà structuré, normé, normatif et déterminant, comment peut-elle donner lieu à la singularité? C'est au cœur de ce paradoxe que Manon Piette pense l'institution soignante comme espace d'accueil de la singularité irréductible de l'autre, dans sa nécessité, son insistance et sa part de désastre.

István Fazakas, philosophe, offre les outils théoriques de la phénoménologie contemporaine pour penser l'ipséité et son institution intersubjective. L'enjeu est de décrire la manière dont les collectifs humains et les narrations qui s'y lient peuvent participer à la restructuration d'une ipséité continue et fiable après la catastrophe psychotique. Ces travaux ont des implications théoriques et pratiques pour comprendre les voies possibles de rétablissement des expériences psychopathologiques.

Till Grohmann et Florian Forestier, tous deux philosophes spécialisés en phénoménologie, proposent leurs perspectives concernant les troubles du spectre de l'autisme.

Till Grohmann mène d'abord une critique méthodologique de la phénoménologie dite « standard » – qui met l'accent sur l'expérience à la première personne – à laquelle il reproche de manquer les dimensions a-subjectives qui sont pourtant caractéristiques des expériences autistiques. Remontant aux origines du concept moderne de sujet, pour en montrer les soubassements théoriques et politiques, il analyse ensuite un échantillon d'expériences autistiques qui ne peuvent être comprises de manière cohérente dans un cadre ontologique et égologique neurotypique. Elles nous obligent à inventer de nouvelles catégories d'analyse, au-delà de leur référence à l'expérience « subjective ».

Florian Forestier, écrivain personnellement concerné par l'autisme, dévoile la fécondité phénoménologique des expériences propres à cet Être-au-Monde. À distance d'une description déficitaire du trouble, il montre au contraire dans quelle

mesure l'explicitation de l'expérience autiste de la rencontre intersubjective permet de révéler les effectuations transcendantes propres à toute rencontre humaine. Ce « tremblement dans l'Être-au-monde » ouvre à une nouvelle sensibilité relationnelle, en deçà de la relation de deux sujets institués pour mettre au jour une vibration commune qui peut faire soin.

Yasuhiko Murakami décentre la phénoménologie du soin du soignant lui-même. Radicalisant la méthode phénoménologique en immersion dans son terrain de recherche, le philosophe japonais s'est donné pour tâche d'interroger les *young carers* des quartiers pauvres d'Osaka. La situation de ces enfants en charge d'un parent souffrant d'une pathologie psychiatrique ou addictologique révèle l'ambiguïté expérientielle du soin : soigné de jure/soignant de facto.