

L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé

René Barbier (Université Paris 8, CRISE)

<http://www.barbier-rd.nom.fr/>

Conférence à l'École Supérieure des Sciences de la Santé du G.D.F. (Brésil)

1. Qu'est-ce que l'écoute sensible : Une écoute propre au chercheur-éducateur de *l'approche transversale* (Barbier, 1997)

Il s'agit d'un "écouter/voir" qui emprunte très largement à l'approche rogérienne en sciences humaines, mais en l'infléchissant du côté de l'attitude méditative au sens oriental du terme (Krishnamurti, 1994). L'écoute sensible s'appuie sur **l'empathie**. Le chercheur doit savoir sentir l'univers affectif, imaginaire et cognitif de l'autre pour comprendre de l'intérieur des attitudes et les comportements, le système d'idées, de valeurs, de symboles et de mythes .

L'écoute sensible **reconnaît l'acceptation inconditionnelle d'autrui**. Il ne juge pas, il ne mesure pas, il ne compare pas. Il comprend sans pour autant adhérer aux opinions ou s'identifier à l'autre, ce qui est énoncé ou pratiqué.

L'écoute sensible affirme la **congruence** du chercheur. Celui-ci communique ses émotions, son imaginaire, ses interrogations, ses ressentis. Il est "présent" c'est à dire consistant. Il peut ne plus accepter de travailler avec un groupe si certaines conditions heurtent son noyau central de valeurs, sa philosophie de la vie.

L'écoute sensible est toujours "multiréférentielle", suivant l'expression de Jacques Ardoino (Sergio da Costa Borba, 2001)

*** L'écoute sensible et multiréférentielle n'est pas un étiquetage social**

Ce principe fait référence à la théorie sociologique de l' "**habitus**" dans la ligne du sociologue français Pierre Bourdieu, mais également à la théorie des **rôles et des statuts** de la psychologie sociale. Nous sommes tous pris au piège des schèmes de perceptions, de représentations et d'actions qui nous viennent de notre famille de notre classe sociale et qui nous entraînent vers un conformisme social inconscient. Certes, les rôles et les statuts sociaux que nous assumons dans les diverses organisations où nous sommes insérés nous contraignent à ne rien déroger à l'ordre établi et nous rassurent sur une illusoire stabilité liée souvent à un pouvoir qui dénie notre angoisse de mort comme l'ont bien vu les psychosociologue français Eugène Enriquez ou Max Pagès. Il faut sans doute savoir apprécier la "place" différentielle de chacun dans un champ de rapports sociaux pour pouvoir écouter sa parole ou son aptitude "créatrice". Mais l'écoute sensible se refuse à être une obsession sociologique fixant chacun à sa place et lui déniait une ouverture sur d'autres modes d'existence que ceux imposés par le rôle et le statut. Plus encore, l'écoute sensible suppose **une inversion de l'attention**. Avant de situer une personne dans sa "place" commençons par la reconnaître dans son être, dans sa qualité de personne complexe dotée d'une liberté et d'une imagination créatrice.

*** L'écoute sensible et multiréférentielle n'est pas la projection de nos angoisses ou de nos désirs**

Ce n'est pas très facile. Même Freud n'y a pas échappé. Souvenons-nous du rapport entre Freud et Jung et de la circonspection de ce dernier à soumettre à Freud des rêves dont il connaissait d'avance les interprétations contre-transférentielles que le "père de la psychanalyse" allait systématiquement proposer.

L'écoute sensible suppose donc un **travail sur soi-même**, en fonction de notre rapport à la réalité, avec l'aide éventuelle d'un tiers écoutant (psychanalyste, psychothérapeute, maître de sagesse au sens oriental etc).

*** L'écoute sensible et multiréférentielle n'est pas fixée sur l'interprétation des faits**

Par définition, un idéologue est celui qui interprète des faits, un phénomène, à partir d'une position théorique supposée rigoureuse et non discutable. L'écoute sensible commence par **ne pas interpréter** pour suspendre tout jugement. Elle cherche à comprendre par "empathie" au sens rogérien le "surplus" de sens qui existe dans la pratique ou la situation. Elle accepte de se laisser **surprendre par l'inconnu** qui, sans cesse, anime la vie. De ce fait, elle met en question les sciences humaines et reste lucide sur leurs frontières et leurs zones d'incertitudes. Sur ce plan, elle est plus **un art** qu'une science car toute science cherche à circonscrire son territoire et à imposer ses modèles de référence, jusqu'à preuve du contraire. C'est un art de sculpteur sur pierre qui, pour faire apparaître la forme, doit d'abord passer par le travail du vide et dégager ce qui est de trop pour prendre forme.

Dans un second temps seulement et après l'installation stable d'une confiance du sujet à l'endroit de son tiers-écoutant, des **propositions interprétatives** pourront être faites avec prudence. Il s'agit de prêter du sens et non de l'imposer. Le prêt implique un capital . Le chercheur, le clinicien en possède un, évidemment. Il est composé de son expérience, de sa formation et de ses lectures en sciences anthropo-sociales qu'il peut mettre à la disposition du sujet, si ce dernier le désire. Mais il doit savoir que chaque expérimentalité personnelle est unique et non réductible à un modèle quelconque.

*** L'écoute sensible s'étaye sur la totalité complexe de la personne : les cinq sens**

L'attitude requise pour l'écoute sensible est celle d'une ouverture holistique. Il s'agit bien d'entrer dans une relation à la totalité de l'autre pris dans son existence dynamique. **Une personne n'existe que par la mise en acte d'un corps, d'une imagination, d'une raison, d'une affectivité en interaction permanente.** L'ouïe, le toucher, le goût, la vue, l'odorat sont à développer dans l'écoute sensible. Peut-on être

psychosociologue clinicien en ayant une phobie des contacts corporels ? Comment être psychanalyste, à l'heure actuelle, en étant atteint d'une impossibilité de supporter le regard d'autrui comme Freud ? Il est possible que cette névrose lui ait fait inventer le dispositif du divan. Croit-on comprendre réellement un patient qui vous parle d'état modifié de conscience si on dénie tout sens à la méditation ? Depuis une ou deux décennies, la "peau et le toucher", suivant l'expression d'Ashley Montagu, sont devenus des points de repères dans l'épanouissement du potentiel humain. On sait qu'aux Etats-Unis plusieurs dizaines de millions de personnes ont participé à des groupes de massage en tout genre. En Europe la mode s'amplifie également.

*** L'écoute sensible et multiréférentielle est, avant tout, une présence méditative**

La méditation n'a rien à voir avec une extase exhubérante ou une transe vaudou. Elle est simplement la pleine conscience d'être avec ce qui est, ici et maintenant, dans le moindre geste, la moindre activité de la vie quotidienne. Elle demande un autre genre d'*epochè* (Husserl) : une suspension non seulement de toute théorie et conceptualisation, mais également de toute représentation imaginaire sur le monde. Soulignons un fait d'expérience. La personne qui se trouve dans cet état méditatif est dans un état hyper-vigilance, de suprême attention, le contraire d'un état de conscience dispersée. C'est pourquoi l'écoute, dans ce cas, est d'une finesse sans pareille. L'écoute est toujours une écoute-action spontanée. Elle agit sans même y penser. L'action est complètement immédiate et s'adapte parfaitement à l'événement.

L'écoute sensible en éducation de la santé pose la question du sens selon trois pôles:

- **Direction** : Vers la guérison ou, pour le moins, vers une diminution de la souffrance
- **Signification** : Quel est le sens de la maladie pour le malade, que est le sens de sa vie quand tout s'écroule ?

- **Sensation** : Quel est le rapport à son propre corps pour le malade, comment vit-il la souffrance ?

2. L'écoute sensible prend conscience de l'institution hospitalière

L'hôpital peut être considéré comme une entreprise de services ayant pour but de produire de la guérison compte-tenu des lois économiques, sociales, culturelles et de l'état scientifique et technologique du marché. En tant que tel, l'hôpital relève bien de ce qu'on appelle "culture d'entreprise".

2.1. L'hôpital comme organisation d'un système de rôles.

Les organisations hospitalières font intervenir un certain nombre d'acteurs dont les rôles diffèrent et parfois s'affrontent. Les dirigeants d'un hôpital appartiennent à plusieurs mondes : administration (fonctionnaires venant des administrations centrales, départementales ou communales), médecine et monde universitaire (médecins et chirurgiens de plus ou moins grande renommée, professeurs agrégés de médecine). Tous les dirigeants d'un hôpital n'ont pas le même objectif. Les dirigeants administratifs ont des budgets à gérer et ils doivent médiatiser les injonctions de l'administration de tutelle, des notables de la ville et de la région. Les dirigeants appartenant au corps médical souhaitent des services modernes, techniquement bien équipés. Ces deux points de vue - théoriquement axés sur le bien des malades - ne vont pas sans conflits. Comme le souligne P. Morin, *"la hiérarchie dans un hôpital rappelle sur plus d'un point celle de l'armée. Si les dirigeants administratifs et médicaux correspondent aux officiers généraux, on identifie aisément, dans un hôpital, les officiers supérieurs, les officiers et les sous-officiers"*. D'ailleurs ne parle-t-on pas d' *"infirmières générales"* ? Pris dans la carrière médicale et dans la course à la notoriété, les dirigeants médicaux cherchent à

accroître l'équipement technique et la consommation des soins dans leurs services. Sachant le contrôle de leurs homologues administrateurs, ils profitent et jouent de leur exclusivité technique et médicale et de la peur de la maladie pour exiger toujours plus, suivant une logique du cercle vicieux bureaucratique bien décrite par M. Crozier. Cette lutte permanente entre les deux groupes de dirigeants pousse les médecins, seuls fondés à donner un avis technique motivé, à avoir un comportement donné : privilégier une surconsommation d'équipements médicaux aux dépens du confort humain du malade-client, lorsque ce confort ne provient pas des équipements ou de la consommation de médicaments. Par ailleurs les médecins utilisent leur position pour s'affirmer dans leur carrière concurrentielle contre d'autres confrères : être le premier à détenir tel équipement de pointe, à réussir telle prestigieuse opération etc. Cette attitude contribue aux paralysies organisationnelles et aux réactions catégorielles et rendent plus difficiles la remise en cause des avantages présents lors des tentatives d'introduction de nouvelles procédures de soins qui bousculent un peu les habitudes. Plus l'hôpital s'achemine vers une situation bureaucratique et plus on aura tendance à minimiser le coût psychologique inéluctable de la guérison. Une logique organisationnelle imperturbable conduit le malade à devenir un moyen de faire fonctionner l'organisation hospitalière.

Toutefois les choses semblent être en train de changer. Dans les services de pédiatrie par exemple, les portes s'entrouvrent et les visites des parents ne sont plus régies par des règlements impersonnels et des contacts rares et froids. Les travaux de recherche clinique sur l'hospitalisme (Spitz) ou sur l'attachement (Bowlby, Zazzo) ont mis en évidence les effets dramatiques de la séparation des bébés et de leurs mères, tandis que des études statistiques prouvaient que la présence à l'hôpital de parents informés sur les règles élémentaires d'hygiène n'accroissaient pas les risques de contagion microbienne. L'hôpital est un lieu, par excellence, où se joue la question du pouvoir et des luttes qui en résultent. Le double système d'autorité dont j'ai parlé précédemment a naguère été étudié aux Etats-Unis par Smith. Il se répercute sur tout le

personnel hospitalier et sur les représentations que le public peut avoir des différentes catégories d'agents. De nombreuses études ont été menées sur les infirmières considérées comme l'équivalent des ouvriers de l'industrie, les agents hospitaliers et les aides-soignantes étant alors les manoeuvres et les ouvriers spécialisés. Avec l'évolution technologique de l'hôpital et sa complexité organisationnelle, le rôle et le statut de l'infirmière tendent à se modifier. La profession d'infirmière, dans l'imaginaire social, se définit par un idéal de service de dévouement, de consolation, de réassurance, sans exclure la compétence technique. Son image retient d'être à la fois un moyen de promotion sociale conférant un statut de cadre moyen et un travail riche en contacts humains à valeur thérapeutique. Mais l'aggravation des conditions de travail et l'extrême technologisation des services accentuent sans cesse le décalage entre cet idéal de service et la réalité du fonctionnement institutionnel. Comme le dit une infirmière *“il est fini le temps où le médecin passait une heure par malade, où l'infirmière avait sous son regard, en permanence, ses trente malades”*. S. Mallet, Rodriguez et Collin ont reproduit dans leur rapport sur l'hôpital H. Mondor l'échelle graphique d'appréciation du personnel infirmier : les qualités personnelles et morales sont au nombre de dix-huit (tenue, ponctualité, assiduité, discrétion, loyauté, confiance en soi, connaissance du travail, précision, netteté et ordre, efficacité, etc). Cette grille montre la tendance à la soumission à la hiérarchie qu'on attend de l'infirmière.

2.2. L'hôpital comme institution et l'imaginaire social de la santé.

L'hôpital est une organisation de production de guérison où s'inscrit quotidiennement et dans un processus à la fois de reproduction et de création, l'institution imaginaire de la société quant à son rapport à la santé. Je fais ici référence à la conception de l'institution telle que l'ont cernée C. Castoriadis et le courant de

l'Analyse Institutionnelle de Lourau et Lapassade. On ne saurait parler de "santé" humaine sans envisager l'homme pris comme un tout biologique, psychologique et social. C'est, en tout cas, comme cela que l'Organisation Mondiale de la Santé s'y réfère puisqu'elle propose cette définition de la santé : *"la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."* Malades, médecins, personnel hospitalier, administrateurs divers concernés par le rapport à la santé, dépendent d'un magma de significations imaginaires sociales qu'une société développe au cours de son historicité. Les études anthropologiques démontrent que ce rapport n'est pas le même suivant les ethnies, les régions, les cultures, les classes sociales. La plupart des sociétés primitives interprètent la maladie comme un phénomène dont les causes sont sociales et la soignent en mettant l'accent sur les relations interpersonnelles, tandis que la médecine occidentale légitime a rompu avec les pratiques magiques et imaginaires (mais non irrationnelles) en s'appuyant sur les sciences dures comme la physique, la chimie et aujourd'hui la biologie, tout en développant la fonction instrumentale et technologique dans la guérison et en s'éloignant de sa dimension psychologique. Ce qui caractérise les représentations actuelles de la maladie en Occident, dans le corps médical et, par voie de conséquence, dans le public, c'est la notion de causalité spécifique. Comme l'écrit F. Laplantine : *"La pensée médicale contemporaine est une pensée commandée par un strict spécifisme étiologique. Elle n'a de cesse de rechercher, détecter, désigner, prévenir et juguler "la cause" de la maladie"* . La maladie résulte de la pénétration d'un élément étranger et hostile introduit de l'extérieur dans le corps ou l'esprit du malade. Mais comme le montre F. Laplantine en analysant quelques oeuvres littéraires et cinématographiques, un autre modèle est possible où la maladie n'est plus perçue comme une réalité étrangère au malade : *"elle vient de lui et a une fonction valorisée ou, tout du moins, ambivalente qui doit être décryptée comme une composante inéluctable de soi."* Cet état d'esprit nous conduit à intégrer singulièrement notre rapport au temps,

au sens et au non-sens, et à la nature. Nous sommes conduits vers un modèle largement dominant qui déterminent nos comportements individuels et sociaux.”*Nous sommes la seule société - écrit Laplantine - dans laquelle on considère que la maladie est radicalement mauvaise et la santé le plus précieux de tous les biens. Nous sommes la seule société dans laquelle les troubles pathologiques, jugés accidentels, n'engagent pas véritablement le sujet dans son intégralité et encore moins son rapport au social (la médecine dans son orthodoxie n'en a vraiment que faire), mais seulement une partie de son corps. Nous sommes, enfin et surtout...la seule société dans laquelle la culture médicale - qui dispose de moyens sans aucun précédent dans l'histoire de l'humanité et obtient des succès considérables, notamment dans le domaine de la mortalité infantile et des maladies infectieuses - est en voie de devenir la culture tout court.*” Or il s'agit là d'un arbitraire culturel qui ne s'explique pas par une logique “scientifique” mais par une composante imaginaire au même titre que l'image-croyance de la pathologie sorcellaire. Cet imaginaire social de notre médecine nous impose de méconnaître le sens de la maladie et de la santé chez les membres d'une autre culture : comment comprendre par exemple la résistance des musulmans à l'opération chirurgicale ou à la prise de sang si nous ignorons que chez eux la guérison relève davantage d'un processus de purification externe (ablutions), d'adjonction et d'addition (plante médicinales dont la connaissance a été particulièrement développée dans cette aire de civilisation) que de soustraction d'organe. Si en Europe, à une certaine époque, la saignée était l'opération-miracle de la guérison supposée, l'Islam considérait (et encore maintenant) que le musulman devient impur lorsqu'il perd son sang. La population maghrébine hospitalisée préfère beaucoup recevoir (médicaments, piqûres, thermomètre) que se voir enlever du sang, de l'urine, ou un organe. L'obsession pour le “visible”, la “cause” du mal, qu'on peut “cerner” et “attaquer de front” puis “éliminer” après un “dur combat”, une “guerre sans merci”, grâce aux ‘héros’ que sont les médecins de pointe et à la gentillesse de “l'infirmière-panseuse” devant un “bon malade” doux et docile, se livrant

corps et âme à la science médicale, ne permet guère d'appréhender le mourant - ce déviant dans la logique de la guérison nécessaire - sans une incompréhension presque totale de la part du personnel hospitalier. La dimension institutionnelle de l'écoute des mourants apparaît donc comme une des composante majeure de toute action formative dans cette direction. Le contexte organisationnel dans lequel se diffuse l'institution de la santé à l'hôpital impose une logique du non-dit absolu. L'être humain qui va mourir apparaît inexorablement comme un échec insoutenable aux professionnels de la santé, accentué par le risque d'erreur possible. Par ailleurs, comme le fait remarquer Hans O. Mauksch, *“dans le cas des mourants, la culture actuelle de l'hôpital, qui met l'accent sur le processus de la maladie et l'organe malade, s'oppose à ses besoins. Mourir est une expérience totale, et au moment de la mort l'organe malade cesse d'être le premier problème.”* Le malade, en mourant, dérange profondément les routines parcellisées des différents spécialistes de l'hôpital. Les routines ordinaires qui fonctionnent si bien pour d'autres, sont sans effet sur les mourants et, du même coup, sont remises en question quant à la toute-puissance de leur efficacité. C'est la raison pour laquelle tout le monde se ligue pour que le mourant taise son état. D'ailleurs, remarque encore Mauksche, à l'hôpital, les patients ne meurent pas, ils “expirent”, ou “ils restent sur la table d'opération”. L'injonction au silence du mourant impose à ce dernier de taire sa colère, stade pourtant essentiel de son évolution comme l'a montré E. Kübler-Ross. Dès le début de son hospitalisation tout malade est pris dans un “processus de mise à nu” comme le nomme E. Goffman dans lequel l'individu tout entier est saisi par l'institution, ses procédures et ses rituels, ses injonctions à faire et à ne pas faire, d'une façon “totale”, au point où il perd son identité, son autonomie et son statut propre. Toute l'architecture hospitalière l'empêche de former avec d'autres une communauté de patients susceptibles de réclamer. L'attente, toujours imposée comme une des normes habituelles de l'hôpital, à l'accueil, aux consultations, le place dans une inhibition de l'action d'où résultent un sentiment de dépendance et une frustration. Se dévêtir de ses propres habits et revêtir un

pyjama, éventuellement celui de l'hôpital, lui impose un comportement inhabituel de limitation de ses déplacements et de ses activités. Il doit livrer à l'admission tous les médicaments emportés sur les conseils de son médecin traitant et il peut légitimement se demander si l'avis de son médecin compte encore. Rapidement il doit apprendre à mesurer ses demandes vis à vis des infirmières souvent surchargées de travail. Il cherche alors à découvrir quelles récompenses et quelles punitions entraînera son comportement à l'hôpital. Pour les malades dont la vie est manifestement en danger (par exemple les malades atteints d'infarctus du myocarde) une logique inconsciente se met en marche dans laquelle le besoin de ne pas déplaire est un gage de garantie des soins efficaces et rapides, donc de survie. J'ai été moi-même surpris de la résistance de ma mère, en service de réanimation de cardiologie, à appuyer sur le bouton d'appel de l'infirmière, en cas de besoins naturels. Appareillage, fièvre ou douleur évidente, deviennent des enjeux importants dans cette lutte entre dépendance et aide légitime. On comprendra facilement à quel point les malades atteints du SIDA sont placés, encore plus que les autres, dans ce rapport de soumission. La société en général n'est pas tendre pour ceux qui risquent de propager une épidémie mortelle, qu'on se trouve dans un village Tiv du Nigéria ou dans une grande métropole occidentale. Comme le note N. Elias *“la cuirasse de la culture civilisée se désagrègerait vite si, à la suite d'un changement dans la société, nous revenions au degré d'insécurité qui existait auparavant et que le danger redevienne aussi illimité qu'il l'a été. Les peurs associées déborderaient vite les limites qui sont les leurs aujourd'hui.”* L'exemplarité de la maladie, dans le cas du SIDA, entraîne les malades à accepter, dans certains cas, d'être traités en “cobayes” de laboratoire *“encore faut-il qu'ils rencontrent chez les médecins des motivations et de l'intérêt pour leur personne tout autant que pour leur maladie”* . Or, comme le signale M. Pollak, les expérimentations hospitalières de pointe sont parfois beaucoup trop liées aux enjeux institutionnels de la carrière médicale, au détriment de l'intérêt pour la personne humaine.

3. Pourquoi une autre formation à l'écoute sensible des professionnels de la santé ?

De plus en plus, du fait du métissage généralisé des sociétés modernes, le professionnel de la santé doit élargir sa connaissance anthropologique et s'ouvrir sur les rapports à la santé dans d'autres régions du monde, notamment, en Afrique, en Asie et dans les pays amérindiens.

3.1. Un exemple, la mort dans d'autres cultures : le cas africain

C'est peut-être parce que l'Africain vit en familiarité avec la mort qu'il a su, par un tour de l'imaginaire, la ramener à quelque chose d'inessentiel en postulant la survie dans l'au-delà, la réincarnation, l'ancestralité garante de la pérennité du groupe. La mort individuelle est sans grande importance dans une conception du monde régie par un temps circulaire et répétitif, sous l'égide de la toute puissance du mythe et le contrôle des ancêtres. Le mythe renvoie à deux sortes de mort. Dans le thème de la mort première, ou mort utile, on nous reporte vers les temps primordiaux, pré-mythiques. C'est la "bonne mort", source de vie, désirable (achetée, choisie ou acceptée). L'autre thème nous introduit au coeur du drame de la condition humaine et renvoie aux pensées de la punition ou de la fatalité. Ce sont les mythes jobiens de la mort punitive de l'espèce ou de l'individu, de la violation des interdits et de l'éloignement de Dieu, du vol et du mensonge, du refus d'assistance, des discordes familiales. Mais c'est également la voie inéluctable de l'accès à la connaissance. Les thèmes de la mort-fatalité sont plus oedipiens. Notamment avec celui du "message manqué" à propos de l'immortalité, présent dans plusieurs mythes : le message d'immortalité n'arrive pas, arrive trop tard,

est tronqué, inversé ou altéré. Le dénouement est invariable : la parole qui parvient à destination est celle d'une mortalité certaine. La mort représente toujours le "prix à payer", dans un processus traditionnel où le don ne va pas sans le contre-don, pour se nourrir, pour prendre femme, pour avoir des enfants.

Ce qui caractérise la mentalité africaine, c'est que tout ce qui existe est vivant à sa manière. Cette croyance va de pair avec l'idée "d'une nature où circule un jeu de forces, ou d'un monde construit à l'image de l'homme, ou même dont l'homme (ou plutôt son sexe, siège de puissance et de fécondité) serait le centre" (L-V.Thomas). Ainsi les défunts vivent: ils mangent, boivent, aiment, haïssent, répondent aux questions posées, fécondent les femmes, fertilisent les champs et les troupeaux. Ils communiquent avec les vivants en particulier par la nourriture qu'on leur offre. Mort et séparation sont présentes dès la naissance et prennent tout leur poids dans les rites d'initiation où le futur initié est mis à mort symboliquement et "avalé" par l'ancêtre. Il meurt alors à son "gbeto" (son moi) pour naître à son "vodun" (génie du clan) chez les Fon du Bénin. En fin de compte "dans l'imaginaire africain, vie et mort participent d'un même tissu dont on se refuse à démêler les fils. Les sociétés africaines sont des sociétés holistes où la notion d'un tout sans failles y apparaît fondamentale. Pour l'Africain, la "bonne mort" est celle qui permet de laisser des traces de son passage sur terre, de mourir en son lieu et en son temps en maîtrisant sa mort. Cela n'exclut pas l'horreur qu'elle inspire ou la douleur de la séparation. Les attitudes à l'égard de la mort diffèrent selon l'âge, le sexe, les situations globales, les situations particulières, mais l'Africain semble plus apte que l'Occidental à affronter la mort en face comme le remarque D. Zahan dans son livre *sur Religion, spiritualité et pensée africaines*. L'assistance au mourant est prise dans un rituel précis qui exige des soins attentifs. Dès que la mort est inévitable on ne fait plus rien pour la retarder, au contraire. En général, on incite le mourant à exprimer ses dernières volontés, on le rassure sur l'importance des funérailles qu'on lui fera, on lui confie des messages. Les femmes sont très présentes à ce moment. Mère, épouse, soeurs ou belles-

soeurs le maternent et le sécurisent. Chez les Anyi, on assied le moribond entre les jambes d'une femme qui le retient appuyé contre ses seins, au creux de ses bras, comme s'il s'agissait d'un bébé. Une autre lui lotionne le visage et on lui parle avec affection et tendresse tout en le maintenant avec fermeté afin qu'il ne se débâte pas "comme un animal qu'on égorge". Les femmes tétela du Zaïre dorlotent l'agonisant et lui mouillent la tête avec une lotion, *nyumba*, à base de menthe. Au moment du mourir, des techniques symboliques peuvent intervenir pour aider le principe vital à quitter le corps : arracher un cheveu au milieu du crâne, maintenir la bouche ouverte, tirer le lobe de l'oreille. Dès que la personne est morte, les femmes poussent des cris de désespoir tandis qu'on ferme les yeux et la bouche du défunt. En pays Pygmées (Afrique Centrale), la force vitale, *mègbé*, se dichotomise : une partie s'intègre à l'animal totémique ; l'autre est recueillie par le fils aîné qui se penche sur son père, la bouche ouverte pour absorber son dernier soupir. De même après la fin, le mort est l'objet d'une très grande sollicitation respectueuse.

3.2. La revendication active des malades

- Les malades du Sida et leur "autorisation"

Considérons par exemple les recherches menées dans le cadre de la pandémie du SIDA. Françoise Nédelec rapporte quelques réflexions majeures au sujet du chercheur impliqué dans ce type de recherche, au terme d'un travail de thèse visant à une approche du vécu quotidien de la séropositivité et du SIDA. Elle montre tout l'art de l'écoute et de la rencontre, tout l'humanisme subtil ouvert sur la confiance réciproque, que doit développer le chercheur dans cette perspective. L'objet de recherche fait irruption dans le psychique du chercheur sous forme de figures menaçantes : "Que le SIDA concerne de multiples façons le chercheur on le comprendra aisément si l'on se souvient combien cette nouvelle irruption de la mort et du morbide dans le monde d'aujourd'hui est, en

ses formes, surprenante, puisque le sang et le sperme, symboles de l'éclosion de vie sont ici les vecteurs de la transmission virale. A travers les mythes d'Eros et de Thanatos l'homme est une nouvelle fois rappelé à sa condition mortelle." (Nédelec, 1993, p.368). Deux autres chercheurs travaillant sur le même objet notent le "bouleversement scientifique" auquel doivent faire face les sciences humaines et sociales à ce propos. Nos paradigmes épistémologiques traditionnels, nos méthodes de recherche confirmées, nos rapports circonscrits entre chercheur et objet d'étude, sont profondément remis en question. Un point tout à fait nouveau : l'émergence inéluctable du sujet concerné par la recherche dans l'univers feutré des chercheurs (les laboratoires, les colloques...) Les sujets ne sont plus des rats de laboratoires mais des personnes qui ont décidées de comprendre ou lutter et qui n'acceptent pas d'être déposséder des analyses liées aux informations transmises aux chercheurs et directement issues de leurs tragédies quotidiennes. Ils veulent savoir et participer. Ils font irruption ainsi dans la conférence internationale sur le SIDA à Amsterdam en juillet 1992. Ils veulent également tenir une parole légitime: cette nouvelle conjoncture met en court-circuit la neutralité voulue par un scientisme positiviste ainsi que la traditionnelle mise à distance du chercheur vis-à-vis de son objet d'étude : ce dernier devient aussi un sujet qui revendique son droit à la parole active et qui exige un retour pragmatique et concret des résultats de la recherche

3.3. Pour une formation spécifique à l'écoute sensible

- Sortir du "je sais" absolu pour reconnaître le "je ne sais pas" relatif, en particulier à tout ce qui concerne la vie affective et imaginaire de soi-même et de l'autre
- Prendre le temps d'écouter sans intentionnalité le malade à certains moments cruciaux de l'évolution de la maladie
- Toujours tenir une parole "juste" en évitant de considérer le malade comme un enfant
- Ne jamais oublier l'influence de la famille du malade sur son état d'esprit
- Ne jamais oublier la culture spécifique du malade

Barbier@planete.net

- Prendre le temps de discuter avec toute l'équipe soignante, y compris le personnel subalterne
- Faire participer à l'équipe un spécialiste des sciences humaines (psychologue ou psychosociologue clinicien, dans certains cas anthropologue)
- Reconnaître que les sciences humaines sont d'une tout autre dimension que les sciences de la nature

BIBLIOGRAPHIE

BARBIER R., *La recherche-action*, Paris, Anthropos, 1996 (traduction en brésilien *A Pesquisa-Ação*, Brasilia, Plan, 2002

BARBIER R., *L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines*, Paris, Anthropos, coll. Exploration interculturelle, 1997, 357 p.

BOWLBY J., *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978, 3 tomes

CASTORIADIS C., *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975

CHAINE C., Bébés hospitalisés : les parents mieux acceptés, *Le Monde de l'Education*, avril 1987, pp.27-29

DA COSTA BORBA S., *Multireferencialidade, na formação do "professor-pesquisador" ; da conformidade à complexidade*, Maceio, Edufal, 2001 (2^e éd.), 190 p.

DELUMEAU J, LEQUIN Y., *Les malheurs du temps, histoire des fléaux et des calamités en France*, Paris, Flammarion, 1987

ELIAS N., *La solitude des mourants*, Paris, Ch.Bourgeois, 1987, p.24-27

ELIAS N., The Civilizing Process: the History of Manners, cité in GOUDSBLOM Johan, les grandes épidémies et la civilisation des moeurs, *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, n° 68, juin 1987, p.13, spec. épidémies, malades, médecins. voir aussi, à propos de la polarisation d'une société sur un groupe désigné comme victime émissaire en cas d'épidémie l'ouvrage de J. DELUMEAU, *Le temps des fléaux*

GOFFMAN E., *Asiles, étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, éditions de minuit, 1968

KRISHNAMURTI J., *De la vie et de la mort*, Paris, Les Éditions du Rocher, 1994

KUBLER-ROSS E. (coll.), *La mort, dernière étape de la croissance*, Monaco, Editions du Rocher, 1985

KUBLER-ROSS E., *La mort et l'enfant*, Genève, éditions du Tricorne, 1986

LAPASSADE G., *Groupe, organisation, institution*, Paris, Gauthier-Villars, 1966

LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986

LECLAIRE S., *On tue un enfant*, Paris, Flammarion, Champs, 1977

LOURAU R., *L'analyse institutionnelle*, Paris, éditions de minuit, 1970

René Barbier, L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé, université de Brasilia, juillet 2002

17

Barbier@planete.net

MALLET S.,COLLIN M., *Mutation des structures mentales en milieu hospitalier: l'avènement de la médecine techniciste*", Paris, CORDES, 1972

MAUKSCH Hans O., le contexte organisationnel de la mort, in KUBLER-ROSS E.,*La mort dernière étape de la croissance*, Paris, France-Loisirs, 1985, pp.31-50, cit. p.32

MORIN P., L'hôpital, c'est aussi une entreprise et une bureaucratie, *Psychologie*, Janvier 1979, p.60

NÉDELEC F., *Sociétés*, Paris, 1993, p.368

POLLAK M., Identité sociale et gestion d'un risque de santé, les homosexuels face au SIDA, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 68,op.cit.,p.97

Projet, Renouveau des cultures d'entreprise, Paris, n°183, mars 1984

SMITH H.L., un double système d'autorité : le dilemme de l'hôpital, in C.HERZLICH, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, pp.259-262

STEUDLER F.,*Sociologie médicale*, Paris, A.Colin, coll U2, 1972, p.11

THOMAS L-V., *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot, 1975

THOMAS L-V.,*La mort africaine, idéologie funéraire en Afrique Noire*, Paris, Payot, 1982

VAN DER BRUGGES H., l'arabe musulman. Quelques aspects anthropologiques des soins infirmiers, *Soins*, T.21, n°23-24, Paris, 5 et 20 décembre 1976

ZAHAN D., *Religion, spiritualité et pensée africaine*, Paris, Payot, 1970

ZAZZO R., L'attachement, Paris- Neuchâtel,, Delachaux et Nietslé, 1979