

## DU REGARD CLINIQUE À LA CARESSE ÉTHIQUE : POUR UN NOUVEAU LANGAGE MÉDICAL

Eytan Ellenberg

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2005/2 Volume 6 | pages 211 à 225

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859192075

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2005-2-page-211.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Eytan Ellenberg, « Du regard clinique à la caresse éthique : pour un nouveau langage médical », *L'Autre* 2005/2 (Volume 6), p. 211-225.  
DOI 10.3917/lautr.017.0211  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Du regard clinique à la caresse éthique :

pour un nouveau langage médical

Eytan Ellenberg\*

Langage et hôpital : deux domaines qui semblent, en première analyse, distincts. Le langage s'intéresse aux mots, à la parole, à la communication ; l'hôpital se concentre plutôt sur le fait de soigner et d'apprendre sur les malades. Mais déjà le problème se pose : l'hôpital ne pourrait-il pas, à l'évidence, s'interroger sur ses relations avec le langage, les mots, la parole et la communication. De fait, en investiguant l'hôpital moderne qui s'édifie au moment de la Révolution française, Michel Foucault avait bien perçu l'importance du langage de la clinique – ce que nous avons catégorisé sous l'appellation *regard clinique* – dans la fondation de l'hôpital moderne. La première partie de cet article identifie ses composantes principales et démonte ses modalités de fonctionnement. Cependant, une lecture plus « éthique » de l'hôpital moderne appelle à un autre type de langage. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur des philosophes comme Emmanuel Lévinas ou Marc-Alain Ouaknin pour construire un nouveau langage que nous avons dénommé *caresse éthique*. La deuxième partie de cet article lui est consacré et fait état de ses modalités de fonctionnement ainsi que ses perspectives.

## Le regard clinique

À travers ce concept de *regard clinique*, se systématise un ensemble de discours mais surtout s'édifie un langage d'apprentissage sur les corps, de découverte structurée, répétable, codifiée des maladies. Michel Foucault nous prévient d'emblée que ce point sera crucial tout au long de son œuvre : « Il est question dans ce livre de l'espace, du langage et de la mort ; il est question du regard. » (Foucault 1963 : préface) C'est dire que notre travail de mise en lumière du langage ainsi structuré est central dans l'ouvrage de Foucault. Le regard clinique se structure véritablement comme un langage : « (...) dans la Clinique, comme dans l'Analyse, l'ar-

---

\* Médecin de Santé publique, Medical advisor ARSENAL\TBWA\WORLDHEALTH 50/54, rue de Sully 92100 Boulogne-Billancourt France.  
E-mail : eellenberg@arsenal-targis.com

mature du réel est dessinée d'après le modèle du langage. » (Foucault 1963 : 96) Rien ne sert pour notre propos de nous replonger dans les discours originaux qui ont servi de corpus pour cet auteur, mais plutôt il nous faut nous réinvestir dans son système de pensée et y rechercher des arguments pour le travail présent. L'analyse des discours de Foucault peut se résumer dans cette citation en préface de *La naissance de la clinique* : « Il faudrait alors traiter les faits de discours, non pas comme des noyaux autonomes de significations multiples, mais comme des événements et des segments fonctionnels, formant système de proche en proche. (...) Ce qui compte dans les choses dites par les hommes, ce n'est pas tellement ce qu'ils auraient pensé en deçà ou au-delà d'elles, mais ce qui d'entrée de jeu les systématise, les rendant pour le reste du temps, indéfiniment accessibles à de nouveaux discours et ouvertes à la tâche de les transformer. » (Foucault 1963 : préface)

Notre travail consiste ici uniquement à puiser dans sa systématisation les arguments qui iraient dans le sens de notre hypothèse : le *regard clinique* comme technicisation du langage sur les corps. Des événements se déroulent qui modifient les représentations et systématisent autrement les discours. La médecine suit en quelque sorte ce mouvement ou, plus précisément, elle l'accompagne. Il se déroule comme un renversement épistémologique où c'est l'invisible qui devient visible, non pas par magie ou par le génie de tel ou tel homme, mais par l'accumulation de petites choses qui constituent ce qu'il est de coutume d'appeler : la clinique. Au même moment où s'édifie le nouvel hôpital, s'élabore donc un nouveau langage : « (...) au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les médecins ont décrit ce qui, pendant des siècles, était resté au-dessous du seuil du visible et de l'énonçable ; mais ce n'est pas qu'ils se soient remis à percevoir après avoir trop longtemps spéculé, ou à écouter la raison mieux que l'imagination ; c'est que le rapport du visible à l'invisible, nécessaire à tout savoir concret, a changé de structure et fait apparaître sous le regard et dans le langage ce qui était en-deçà et au-delà de leur domaine. Entre les mots et les choses, une alliance nouvelle s'est nouée, faisant voir et dire, et parfois dans un discours si réellement "naïf", qu'il paraît se situer à un niveau plus archaïque de rationalité, comme s'il s'agissait d'un retour à un regard enfin matinal. » (Foucault 1963 : préface)

Un nouveau langage qui consiste – nous le verrons en détail – en une exploration systématique, codifiée de signes sur les corps de malades pour en attribuer des choses apprises sur des cadavres. Le langage médical de la clinique consiste à « lire » sur des malades des signes et les faire voir pour en parler : en somme, faire parler les corps. C'est la possibilité offerte de discourir scientifiquement sur les corps. La maladie se thématise - en tout cas la faculté en est donnée. Il faut donc, à cette époque, ouvrir des cadavres et y retrouver la « chose » qui correspond à un ensemble de signes : « Le cadavre fait partie, sans contestation religieuse ni morale, du champ médical. » (Foucault 1963 : 127). Le cadavre, s'il est ouvert, possède la « chose originelle », ce qui permet aux médecins d'at-

tribuer aux signes et symptômes des lésions sur les organes. Le regard clinique vient ici transpercer la peau chaude du malade pour y retrouver la trace froide sur le cadavre. Aller-retour du regard. Compréhension profonde du regard, intelligence du déchiffrement : « Dans l'expérience anatomo-clinique, l'œil médical doit voir le mal s'étaler et s'étager devant lui à mesure qu'il pénètre lui-même dans le corps, qu'il s'avance parmi ses volumes, qu'il en contourne ou qu'il en soulève les masses, qu'il descend dans ses profondeurs. La maladie n'est plus un faisceau de caractères disséminés ici et là à la surface du corps et liés entre eux par des concomitances et des successions statistiquement observables ; elle est un ensemble de formes et de déformations, de figures, d'accidents, d'éléments déplacés, détruits ou modifiés qui s'enchaînent les uns aux autres selon une géographie qu'on peut suivre pas à pas. Ce n'est plus une espèce pathologique s'insérant dans le corps, là où c'est possible ; c'est le corps lui-même devenant malade. » (Foucault 1963 : 138)

Aller-retour codifié du regard, un regard qui connaît la lésion sur le cadavre pour la rechercher à travers des signes corporels ou des symptômes : « Il n'est plus celui d'un œil vivant ; mais le regard d'un œil qui a vu la mort. Grand œil blanc qui dénoue la vie. » (Foucault 1963 : 147). Pour Foucault, la médecine reste du domaine de la perception mais d'une perception que l'on peut qualifier « d'éclairée » en ce sens où c'est par l'expérience, par la formation, que les sens – pour nous le regard – acquiert un véritable pouvoir de décodage sur les corps : « L'œil devient le dépositaire et la source de la clarté ; il a le pouvoir de faire venir au jour une vérité qu'il ne reçoit que dans la mesure où il lui a donné le jour (...). » (Foucault 1963 : préface). L'importance que nous conférons dans cette lecture au regard tient en son caractère fondamental dans la clinique. Le regard de la pure perception ne permet pas d'appréhender les signes qui signifient. Si un « profane » constate un cou volumineux, il ne pourra peut-être pas l'attribuer à un goitre hyperthyroïdien comme le pourrait plus facilement le médecin s'il constate par ailleurs des signes cliniques dévoilant une accélération des hormones thyroïdiennes. Notons ici un point fondamental : cette dernière partie du XVIII<sup>e</sup> siècle et début du XIX<sup>e</sup> siècle n'est pas la continuation d'anciens systèmes de pensée mais bien plutôt la complète réorganisation du fonctionnement hospitalier et médical. Tout un langage s'élabore, une approche radicalement différente s'opère face aux malades. L'idée est de rechercher, parmi les symptômes et signes, ceux qui signifient un lien vers une pathologie déjà connue d'ailleurs dans des livres ou ceux que l'on peut mettre à part : « Cette nouvelle structure est signalée, mais n'est pas épuisée bien sûr, par le changement infime et décisif qui a substitué à la question : "Qu'avez-vous ?", par quoi s'inaugurait au XVIII<sup>e</sup> siècle le dialogue du médecin et du malade avec sa grammaire et son style propres, cette autre où nous reconnaissons le jeu de la clinique et le principe de tout son discours : "Où avez-vous mal?". À partir de là, tout le rapport du signifiant et du signifié se redistribue, et ceci à tous les niveaux de l'expérience médicale : entre les symptômes qui signifient et la maladie qui est signifiée, entre la

description et ce qu'elle décrit, entre l'événement et ce qu'il pronostique, entre la lésion et le mal qu'elle signale, etc. » Pour que le regard devienne « clinique », il faut qu'il acquière des repères et c'est précisément là que se situera l'apport de l'anatomo-pathologie, c'est-à-dire l'association conceptuelle d'une lésion à un signe ou à un ensemble de signes : « La coïncidence exacte du "corps" de la maladie et du corps de l'homme malade n'est sans doute qu'une donnée historique et transitoire. (...) L'espace de configuration de la maladie et l'espace de localisation du mal dans le corps n'ont été superposés, dans l'expérience médicale, que pendant une courte période : celle qui coïncide avec la médecine du XIX<sup>e</sup> siècle et les privilèges accordés à l'anatomie pathologique. Époque qui marque la suzeraineté du regard, puisque dans le même champ perceptif, en suivant les mêmes continuités ou les mêmes failles, l'expérience lit d'un coup les lésions visibles de l'organisme et la cohérence des formes pathologiques ; le mal s'articule exactement sur le corps, et sa distribution logique se fait d'entrée de jeu par masses anatomiques. Le "coup d'œil" n'a plus qu'à exercer sur la vérité qu'il découvre là où elle est un pouvoir qu'il détient de plein droit. » (Foucault 1963 : 1-2)

Ce regard clinique cherche à dévoiler ce qui est caché chez le malade. Mais pour ce faire, il doit, selon les termes de Michel Foucault, « reconnaître pour connaître. » (Foucault 1963 : 8) Le « coup d'œil » recherche également ce qui est fixe pour que le regard ne se perde plus : « C'est dire que l'expérience médicale va substituer, à l'enregistrement des fréquences, le repérage du point fixe. » (Foucault 1963 : 140) L'appel de Bichat à l'ouverture de cadavre s'apparente à une découverte d'un nouveau langage, à la recherche des relations entre signes et choses : « Avec Bichat, le regard médical pivote sur lui-même et demande à la mort compte de la vie et de la maladie (...) Il [Bichat] a intégré cette mort à un ensemble technique et conceptuel où elle prend ses caractères spécifiques et sa valeur fondamentale d'expérience. Si bien que la grande coupure dans l'histoire de la médecine occidentale date précisément du moment où l'expérience clinique est devenue le regard anatomo-clinique. » (Foucault 1963 : 149) La mort, du fait de son immobilité et d'une certaine répétition des lésions, devient, pour les cliniciens, une absolue représentation qui permet de stabiliser le langage : « La constitution de l'anatomie pathologique à l'époque où les cliniciens définissaient leur méthode n'est pas de l'ordre de la coïncidence : l'équilibre de l'expérience voulait que le regard posé sur l'individu et le langage de la description reposent sur le fond stable, visible et lisible, de la mort. » (Foucault 1963 : 200)

Ce point est primordial : le regard clinique est un langage déjà appris, plus précisément codifié, qui perçoit, à travers un corps, les signes et symptômes qui lui permettent de comprendre la maladie du patient. La clinique, par son regroupement de données, du fait de l'enregistrement des lésions et des signes ou symptômes qui l'expriment, instaure un regard non pas uniquement *perceptif* ou *descriptif* mais *déchiffrant*. Dans le regard clinique, traversent les autres regards cliniques, ceux qu'on a

déjà eus, ceux qu'ont eu les autres, le médecin qui regard s'instaure en communauté : « Ce qui constitue maintenant l'unité du regard médical, ce n'est pas le cercle du savoir dans lequel il s'achève, mais cette totalisation ouverte, infinie, mouvante, sans cesse déplacée et enrichie par le temps, dont il commence le parcours sans pouvoir l'arrêter jamais : déjà, une sorte d'enregistrement clinique de la série infinie et variable des événements. Mais son support n'est pas la perception du malade en sa singularité, c'est une conscience collective de toutes les informations qui se croisent, poussant en une ramure complexe et toujours foisonnante, agrandie enfin aux dimensions d'une histoire, d'une géographie, d'un État. » (Foucault 1963 : 29)

Ce qui est parfaitement clair pour Foucault, c'est que ce regard clinique n'est pas un sens individuel qui serait propre à une relation de soin mais plutôt un langage membre d'une communauté ; par le regard clinique, le médecin parle le langage de tous les autres médecins : « Ce qui définit l'acte de connaissance médicale dans sa forme concrète, ce n'est donc pas la rencontre du médecin et du malade, ni la confrontation d'un savoir à une perception ; c'est le croisement systématique de plusieurs séries d'informations homogènes les unes et les autres, mais étrangères les unes aux autres — plusieurs séries qui enveloppent un ensemble infini d'événements séparés, mais dont le recoupement fait surgir, dans sa dépendance isolable, le *fait individuel*. » (Foucault 1963 : 29-30) Pour Foucault, le regard clinique évoque une conscience médicale qui se dédouble : « Elle vit à un niveau immédiat, dans l'ordre des constatations immédiates ; mais elle se reprend à un niveau supérieur, où elle constate les constitutions, les confronte, et se repliant sur les connaissances spontanées, prononce en toute souveraineté son jugement et son savoir. » (Foucault 1963 : 30)

On parlait de déchiffrement. Le regard clinique est une perception « intelligente », apprise : « En d'autres termes, le regard qui parcourt un corps souffrant ne rejoint la vérité qu'il cherche qu'en passant par le moment dogmatique du *nom* en ce qui se recueille une double vérité : celle, cachée mais déjà présente, de la maladie, celle, clairement déductible, de l'issue et des moyens. Ce n'est donc pas le regard lui-même qui a pouvoir d'analyse et de synthèse ; mais la vérité d'un savoir discursif qui vient s'ajouter de l'extérieur et comme une récompense au regard vigilant de l'écolier. (...) Il s'agit non d'un examen mais d'un décryptement. » (Foucault 1963 : 60)

Le regard clinique est devenu un discours scientifique, une façon d'appréhender l'autre à travers un savoir, donc soumis à un ensemble de règles le plus souvent internalisées avec l'expérience : « Dans la clinique il s'agit d'une structure beaucoup plus fine et complexe où l'intégration de l'expérience se fait dans un regard qui est en même temps savoir ; c'est tout un nouveau codage du champ d'objets qui entre en jeu. » (Foucault 1963 : 82) Le regard se fait savoir, est une technique qui apprend de son expérience, qui peut s'enseigner également, puise dans son histoire – for-

mation et expérience – les moyens de se renouveler : « La médecine ne se donne plus à voir le vrai essentiel sous l'individualité sensible ; elle est devant la tâche de percevoir, et à l'infini, les événements d'un domaine ouvert. C'est cela la clinique. » (Foucault 1963 : 97)

Le regard clinique est également un évaluateur, cet aspect calculeur est primordial lorsque l'on s'intéresse aux risques cliniques : « (...) il [Le regard] doit permettre de dessiner les chances et les risques ; il est calculeur. » (Foucault 1963 : 89) Afin d'évaluer les risques ou les chances, le regard clinique doit pouvoir trouver des signes qui lui indiquent l'existence ou l'absence de « choses ». Auparavant, le symptôme était premier, avec la clinique, c'est le signe qui devient roi car il signifie une lésion, il rappelle au regard ce qu'il a vu sur les cadavres. (Foucault 1963 : 90-91) Toute la structure de la clinique repose sur cette dialectique de « l'invisible visibilité. » (Foucault 1963 : 169) Nous évoquerons, avec le concept de caresse éthique, la notion d'érotisme mais il apparaît ici : l'invisible et le visible. La modalité est somme toute différente d'une caresse, car le regard sait ce qu'il cherche. C'est l'érotisme froid, calculeur, raisonné.

Plus précisément sur les modalités de fonctionnement de cet « érotisme », Foucault distingue ce qui relève du signe de ce qui se rapporte au symptôme. L'un complète l'autre : « (...) le signe c'est le symptôme lui-même, mais dans sa vérité d'origine. » (Foucault 1963 : 94) Ce langage qui se structure à travers des signes et des symptômes qui viennent rappeler des choses et construire la maladie nécessite l'apport de l'expérience, de la formation, c'est-à-dire des notions travaillées : « La certitude médicale se constitue non pas à partir de l'individualité complètement observée, mais d'une multiplicité entièrement parcourue de faits individuels. Par sa multiplicité, la série devient porteuse d'un indice de convergence. » (Foucault 1963 : 101)

La toute particularité du regard clinique tient en sa puissance de décodage : il enregistre des signes et en retrouve la chose coïncidente. Le regard clinique est un langage qui déchiffre, qui décrit et qui fait ressortir la « vérité » de la pathologie : « Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle. Dans la clinique, ce qui se manifeste est originairement ce qui se parle. » (Foucault 1963 : 108) Le regard clinique attribue à un signe ou un symptôme une lésion. Le signe ne parle au médecin que s'il s'associe mentalement à une lésion identifiée : « Le signe ne peut donc que renvoyer à une actualité lésionnelle, et jamais à une essence pathologique. (...) Le signe ne parle plus le langage naturel de la maladie ; il ne prend forme et valeur qu'à l'intérieur des interrogations posées par l'investigation médicale. » (Foucault 1963 : 164-165)

Le regard clinique recherche, à travers les signes et les symptômes, les arguments qui lui permettent d'aboutir à la vérité de la maladie. Déjà dans ce cadre, il opère en association avec la parole et l'écoute – à la recherche des symptômes et certains signes auscultatoires notamment - : « Dans ce battement régulier de la parole et du regard, la maladie peu à peu pro-



nonce sa vérité, vérité qu'elle donne à voir et à entendre, et dont le texte, qui pourtant n'a qu'un *sens*, ne peut être restitué, en sa totalité indubitable, que par deux *sens* : celui qui regarde et celui qui écoute. » (Foucault 1963 : 114)

Le regard clinique possède cette double sensorialité ou plutôt une double fonctionnalité : « Un regard qui écoute et un regard qui parle : l'expérience clinique représente un moment d'équilibre entre la parole et le spectacle. » (Foucault 1963 : 116) Le regard clinique oscille donc entre l'écoute des symptômes et le spectacle des signes : double langage signifiant : « Tout symptôme était signe en puissance, et le signe n'était pas autre chose qu'un symptôme lu. Or, dans une perception anatomo-clinique, le symptôme peut parfaitement rester muet, et le noyau significatif, dont on le croyait armé, se révéler inexistant. (...) Le mutisme des symptômes peut être contourné, mais non pas vaincu. Le signe joue précisément ce rôle de détour : il n'est plus le symptôme parlant, mais ce qui se substitue à l'absence fondamentale de parole dans le symptôme. » (Foucault 1963 : 163)

Le regard clinique est un langage d'initié, de ceux qui savent attribuer à ces paroles des éléments de leurs connaissances : « La description, dans la médecine clinique, n'a pas pour sens de mettre le caché ou l'invisible à la portée de ceux qui n'y ont pas accès ; mais de faire parler aux seuls qui sont initiés à la vraie parole. » (Foucault 1963 : 116) Le regard clinique n'est pas celui d'un visiteur éclairé d'un musée, il n'opère pas, selon sa sensibilité, un découpage de l'œuvre, c'est un artiste qui découvre, selon des règles établies, des signes qui, agencés, systématisés, forment choses : « Le regard médical n'est pas celui d'un œil intellectuel capable, sous les phénomènes, de percevoir la pureté non modifiable des essences. C'est un regard de la sensibilité concrète, un regard qui va de corps en corps, et dont tout le trajet se situe dans l'espace de la manifestation sensible. » (Foucault 1963 : 121) Erotisme contrôlé du regard clinique.

Le regard clinique se dédouble donc en un regard sensoriel et un regard-savoir. L'un donne à l'autre les renseignements afin d'aboutir au diagnostic : « Ainsi le regard médical, depuis la découverte de l'anatomie pathologique, se trouve dédoublé : il y a un regard local et circonscrit, le regard limitrophe du toucher et de l'audition, qui ne recouvre que l'un des champs sensoriels, et n'effleure guère que les surfaces visibles. Mais il y a un regard absolu, absolument intégrant, qui domine et fonde toutes les expériences perceptives. » (Foucault 1963 : 169)

C'est donc, pour conclure, selon Foucault, l'apparition d'un nouveau type de langage médical dans ce début du XIX<sup>e</sup> siècle : « Un usage absolument nouveau du discours scientifique s'est défini alors : usage de fidélité et d'obéissance inconditionnée au contenu coloré de l'expérience — dire ce qu'on voit ; mais usage aussi de fondation et de constitution de l'expérience — donner à voir en disant ce qu'on voit ; il a donc fallu situer le langage médical à ce niveau apparemment très superficiel mais à vrai dire très profondément enfoui où la formule de description est en même



temps geste de dévoilement. Et ce dévoilement impliquait à son tour comme champ d'origine et de manifestation de la vérité l'espace discursif du cadavre : l'intérieur dévoilé. » (Foucault 1963 : 200)

### **La caresse éthique**

Il est un aspect de la relation de soin qui est rarement évoqué depuis « la naissance de la clinique », et c'est proprement la relation. Si la médecine moderne s'est édifiée sous l'impulsion du *regard clinique*, elle a toujours réuni, en colloque singulier, une personne qui soigne et une personne soignée. Le concept de *regard clinique* peut être compris comme un langage technique sur les corps des malades, construisant de manière raisonnée un diagnostic en se fondant sur l'analyse systématisée des signes et des symptômes que le « technicien du corps » aura perçus. Un autre type de langage s'avère pourtant nécessaire face aux sentiments, craintes, attentes et besoins des personnes malades ainsi que par les enjeux qui se posent dans des situations parfois « limites ». Les aspects relationnels et communicationnels du soin s'avèrent complexes et hétérogènes. Certes, mais dans des moments où la clinique n'a plus vraiment un rôle efficace, comme au terme de la vie d'une personne malade, ces aspects sont primordiaux, quasiment indépassables. Considérer que ces aspects seraient éloignés de la mission du soignant pourrait apparaître comme un abandon de la personne malade face à sa souffrance, la confinant dans un isolement qui ne pourrait qu'aggraver sa situation. De fait, souvent relégués au second plan des soins, ces notions retrouvent donc de l'importance, notamment au moment de la fin de vie, instaurant une relation de soin où la technique ne présente plus un rôle premier, laissant « champ libre » à l'attention, l'écoute et l'échange. Cette volonté de recherche d'un nouveau langage hospitalier incite à une réflexion philosophique puisant à la fois dans les écrits d'Emmanuel Lévinas ou ceux plus talmudiques de Marc-Alain Ouaknin : faire l'éloge de la caresse et du dialogue éthiques comme modes d'être du soignant face à la personne malade.

Traitant d'émotions, de sentiments difficilement partageables, la relation, établie entre la personne qui soigne et la personne qui est soignée, se trouve comme prise au piège de la « nécessaire communication » mais surtout de « l'impossible entente ». On peut difficilement argumenter qu'un soignant puisse parfaitement comprendre, de façon exhaustive, ce que ressent la personne, surtout lorsqu'elle est vulnérabilisée comme telle par la maladie. On peut admettre cependant que, dirigé vers cet infini que serait la compréhension totale de l'autre, existent des paliers que le soignant peut tenter de franchir grâce, notamment, à des repères « statistiques » que fournissent de nombreuses études sur les aspects communicationnels. Ici, il convient d'avouer, qu'en fin de compte, le soignant ne peut pas appréhender la personne malade exclusivement comme un concept clinico-biologique avec comme uniques guides exploratoires des fréquences probabilistes. Il ne peut y avoir emprise — *begriff* en allemand — du soignant sur la personne malade : impuissance et limites du regard clinique. Ainsi que nous le disait Lévinas, « le non-synthétisable par

excellence, c'est certainement la relation entre hommes. » (Lévinas 1984 : 71) Pas d'emprises possibles, pas d'enfermement envisageable, ici nous introduisons le concept de caresse : « La caresse n'agit pas, ne se saisit pas de possibles. Le secret qu'elle force ne l'informe pas comme une expérience ». (Lévinas 1961 : 237) Dans *Totalité et infini*, Emmanuel Lévinas confirme : « La caresse consiste à ne se saisir de rien, à solliciter ce qui s'échappe sans cesse de sa forme vers un avenir – jamais assez avenir – à solliciter ce qui se dérobe comme s'il *n'était pas encore*. Elle *cherche*, elle fouille. Ce n'est pas une intentionnalité de dévoilement, mais de recherche : marche à l'invisible. (...) ce que recherche la caresse ne se situe pas dans une perspective et dans la lumière du saisissable. » (Lévinas 1961 : 288) Comme la main qui caresse, l'écoute constitue un moment de toucher sans contrôle : percevoir chez l'autre ce qu'il ressent, ce dont il a besoin, n'est pas une entreprise dont on verrait aisément la fin, mais semble plutôt constituer un processus infini, l'infini de la responsabilité envers autrui dirait Lévinas. Cette philosophie de la caresse trouve ici, après Lévinas, une résonance toute particulière : « La caresse est un mode d'être du sujet, où le sujet dans le contact d'un autre va au-delà du contact. (...) Mais ce qui est caressé n'est pas touché à proprement parler. (...) Cette recherche de la caresse en constitue l'essence par le fait que la caresse ne sait pas ce qu'elle cherche. Ce "ne pas savoir", ce désordonné fondamental en est l'essentiel. Elle est comme un jeu avec quelque chose qui se dérobe, et un jeu absolument sans projet ni plan, non pas avec ce qui peut devenir nôtre et nous, mais avec quelque chose d'autre, toujours autre, toujours inaccessible, toujours à venir. Et la caresse est l'attente de cet avenir pur, sans contenu. » (Lévinas 1979 : 82-83)

La philosophie de la caresse ne vient pas du tout s'opposer à la clinique et à son regard — compris comme un regard technique posé sur le malade ayant comme objectif la conceptualisation de sa maladie à travers le déchiffrement raisonné et réfléchi de signes et de symptômes — mais, plutôt, en complément, comme un nouveau mode de relation à l'autre. Elle se pose cependant en refus d'une appréhension unique de l'autre sous la forme de concepts : « Dire qu'autrui ne m'apparaît pas comme objet, ne signifie pas seulement que je ne prends pas l'autre homme pour une chose soumise à mes pouvoirs, que je ne le prends pas pour un » quelque chose « . C'est affirmer que le rapport même qui, originellement, s'établit entre moi et autrui, entre moi et quelqu'un, ne saurait, à proprement parler, se loger dans un acte de connaissance qui, comme tel, est prise et compréhension, investissement d'objets. » (Lévinas 1987 : 60)

Marc-Alain Ouaknin nous confirme l'aspect spécifique de cette philosophie : « La caresse n'est pas un savoir mais une expérience, une rencontre. La caresse n'est pas une connaissance de l'être mais son respect. » (Ouaknin 1994 : 18) Constitutivement, la caresse s'oppose à la maîtrise, à l'emprise, ce que recherche le concept, la clinique également pour prendre en charge de la façon la plus efficace la maladie : « (...) dans le désordonné des caresses, il y a l'aveu d'un accès impossible, d'une violence

en échec, d'une possession refusée. » (Lévinas 1993 : 66)

Cette philosophie de la caresse vient mettre ici en perspective les données plus scientifiques sur le sujet en tant qu'elle insiste sur l'aspect complexe et novateur de cette relation à l'autre, au moment précis où la personne malade n'est plus réellement « compréhensible » à travers un concept — résultant de l'analyse clinique — notamment en fin de vie - en somme : la personne soignée n'est plus « conceptualisable ». On pourrait argumenter, au contraire et peut-être de façon provocante, que l'expression souvent silencieuse de besoins psychologiques ou affectifs, puisse rester de l'ordre de l'émotionnel, du temporaire, et ne pas devoir susciter une réponse de la part de l'équipe soignante. Ces besoins, cependant, s'ils ne sont pas satisfaits, représentent autant de facteurs de stress et de désordres psychologiques — de nombreuses études en attestent. Est donc ici souligné à plein l'intérêt d'une prise en compte, même partielle, du fait même d'une « caresse » qui n'a pas volonté d'exhaustivité — parce qu'elle sait l'échec présumé d'une tentative de conceptualisation -, de ces besoins, du fait des conséquences éventuelles sur l'état psychologique des personnes malade. La philosophie de la caresse éthique est celle de l'écoute, mode de pensée qui ne se confine pas dans les concepts de la clinique, qui la complète véritablement, qui s'associe à ce travail indispensable du soignant : « La “caresse” met en place une éthique : elle est ce qui va à l'encontre du concept, ce qui fait éclater la langue déjà faite, l'institution instituée, la vérité qui se prend pour la vérité. » (Ouaknin 1994 : 89). La caresse recherche éperdument ce qui n'est pas de l'ordre du visible, de ce qui n'est pas là : « Relation de proximité, précisément pour cela disparate : dans la caresse, ce qui est là, est recherché comme s'il n'était pas là comme si la peau était la trace de son propre retrait, langage quérant encore, comme une absence, ce qui, cependant est, on ne peut plus, là. La caresse est le ne pas coïncider du contact, une dénudation jamais assez nue. » (Lévinas 1967 : 227)

La caresse est un mode d'approche philosophique singulier car elle concerne deux personnes : la *caressante* et la *caressée*. L'une ne pouvant aller sans l'Autre : « Mais l'Autre aussi travaille à la mise en place de la caresse. S'il n'y a pas emprise, connaissance, destin de l'Autre, c'est que lui aussi refuse de se laisser enfermer dans une perception qui coïnciderait avec une vérité, une identité. » (Ouaknin 1994 : 89). La personne malade se garde encore la possibilité d'évoluer dans ses sentiments, la personne soignante, pour ce qui la concerne, ne la confine pas dans des besoins et des attentes établis, fixés. La caresse invite à une certaine forme de respect vis-à-vis de la personne : respect de ses variabilités, de ses changements de comportements, de ses besoins qui évoluent, de ses attentes parfois importantes, parfois inattendues. Respect de sa dignité, de son estime de soi, de ce qu'elle pense, de ce à quoi elle croit. C'est-à-dire que le concept de caresse éthique constitue un langage de la relation non-thématisable, une approche qui se veut respect et non emprise : « Une caresse s'esquisse dans le contact sans que cette signification vire en

expérience de la caresse. En la caresse, la proximité reste proximité sans se faire intention de quelque chose, bien que la caresse puisse se faire geste expressif et porteur de messages. Approcher, voisiner, ne revient pas au savoir ou à la conscience qu'on peut en avoir. » (Lévinas 1967 : 227)

La caresse ne concerne pas le Dit, elle intéresse le Dire, l'approche : « Dire, c'est approcher le prochain, lui "bailler signifiante". Ce qui ne s'épuise pas en » prestation de sens « s'inscrivant, fables, dans le Dit. » (Lévinas 1974 : 81) Aussi nous ne voudrions pas limiter ici notre approche de la caresse éthique au sens d'un Dire mais, plutôt, d'un entre le Dire et le Dit. En effet, Lévinas ne pensait pas le Dire en une possible thématization tandis que, par ce concept de caresse éthique, nous voulons exprimer la possibilité pour le soignant de thématizer, de s'interroger sur cette approche, ce nouveau langage. Cependant, Lévinas constitue un guide dans notre recherche en tant qu'à travers sa conception du dire, il suppose un pré-état originel qui libère le Dit, et permet l'approche « éthique » : « L'intrigue de la proximité et de la communication n'est pas une modalité de la connaissance. Le déverrouillage de la communication – irréductible à la circulation d'informations qui le suppose – s'accomplit dans le Dire. Il ne tient pas aux contenus s'inscrivant dans le Dit et transmis à l'interprétation et au décodage effectué par l'Autre. Il est dans la découverte risquée de soi, dans la sincérité, dans la rupture de l'intériorité et l'abandon de tout abri, dans l'exposition au traumatisme, dans la vulnérabilité. » (Lévinas 1974 : 82)

Ce qui différencie l'approche que nous préconisons ici de celle de Lévinas tient au fait que nous ne suivons pas les traces de ce dernier lorsqu'il écrit, et cela en toute logique dans son œuvre : « L'approche est précisément une implication de l'approchant dans la fraternité. Devenant consciente, c'est-à-dire thématisée, l'approche indifférente détruit cette parenté, telle une caresse se surprenant palpation ou se ressaisissant. » (Lévinas 1974 : 132) En fait selon notre perspective, la caresse éthique - notons ce rajout en adjectif – oblige le soignant à se questionner également sur son approche face à celui qu'il soigne, lui permettant de thématizer les valeurs qui se posent dans telle ou telle relation, dans tel ou tel moment de la relation, enfin de comprendre ou du moins de prendre en compte, ce que conçoit, ce qu'attend l'autre qu'il soigne. De plus, la caresse fait parfois office de « Dit », cette contradiction est soulevée par Emmanuel Lévinas, dans une petite note : « Même si la caresse peut rentrer dans l'ordre téléologique du Dit et se faire symbole ou mot. » (Lévinas 1974 : 144) Le Dire peut ainsi devenir une dynamique, Marc-Alain Ouaknin parle d'un « dédire » : « Il va de soi que le langage est communication et que, de ce fait, la thématization est inévitable pour que la signification elle-même se dévoile. Ainsi le dire doit inévitablement s'échouer dans un dit. Mais sans cesse le *dire* doit-il chercher à se *dé-dire*, à sortir de cette dissimulation, sans entrer cependant dans le monde de la totale clarté. Le *dédire* est le refus de l'installation dans le giron de l'être-déterminé, refus de la fermeture du chemin... » (Ouaknin 1994 : 153)

La caresse éthique constitue un langage de respect, de responsabilité (le Dire de Lévinas) mais aussi de déchiffrement, d'analyse, d'interrogation (entre le Dire et le Dit). Deux langages peuvent ainsi cohabiter, s'articuler sans se confronter, dans l'hôpital : le *regard clinique* qui conceptualise le corps du malade en maladie et la *caresse éthique* qui instaure un mode nouveau de relation à l'autre, recherchant ce qui n'est pas conceptualisable, ce qui est étranger à la pathologie mais concourt au bien-être, tente d'écouter l'indicible et de voir l'invisible. Le *regard clinique* est une relation unilatérale, la *caresse éthique* un mode d'alliance et de partenariat. Plus encore, la *caresse éthique* oblige le soignant à s'interroger sur les valeurs qu'il défend, sur « l'éthique » de ses actes. La *caresse éthique* ne souhaite pas annuler la nécessité du regard clinique, elle le complète : « La philosophie de la caresse (...) vise à redonner, malgré la nécessité instrumentale du concept, la possibilité, à tous les sujets, de prétendre à être reconnus en tant qu'individus irremplaçables dans leur détermination absolue. » (Ouaknin 1992 : 129)

La caresse écoute, comprend l'autre dans ses besoins, ses attentes, ses souffrances, ses manques mais surtout inaugure la seconde partie de la relation qui est la communication. Cet aspect, complexe à définir, est pourtant revendiqué et apprécié, même pratiqué de façon diverse. L'écoute et l'échange à propos des attentes et besoins de la personne malade est sans aucun doute un processus complexe. Elle dépend pour beaucoup de la pathologie, de son évolution, et surtout de variables individuelles liées à la personne malade. Censé devoir informer la personne malade de la gravité de sa pathologie, le médecin peine à identifier chez cette dernière des éléments qui pourraient lui indiquer ses souhaits intimes quant à l'information qu'elle attend. Il y a besoin d'un *dit* du soignant, mais il ne peut pas se passer d'un *dire* : le sien mais aussi celui de la personne malade. Pour Lévinas, « aucun dit n'est égal à la sincérité du dire, n'est adéquat à la véracité d'avant le vrai, à la véracité de l'approche, de la proximité, par-delà la présence. » (Lévinas 1974 : 225) Ce que mettent parfaitement en perspective d'autres formes de communication non-verbales qui consistent souvent en un engagement humain du soignant, un rapprochement : « Proximité comme dire, contact, sincérité de l'exposition, dire d'avant le langage, mais sans lequel aucun langage, comme transmission de signe ne serait possible. » (Lévinas 1974 : 72) Ces *dire*s, du soignant et du soigné, se rencontrent, s'affrontent parfois, se « caressent » éventuellement...

Éloge de la rencontre, de la confrontation respectueuse, recherche de l'invisible derrière le visible : véritable « érotisme » de la relation de soin : « Ainsi Lévinas introduit le terme de caresse, sorte d'anticoncept qui ouvre au *questionnement*, modalité érotique du langage, retrait du savoir, porte dans le futur même. » (Ouaknin 1992 : 13) Cette modalité érotique ressemble à un désir de savoir mais un savoir non savant, une recherche du caché derrière le frontispice des craintes et des doutes exprimés : « L'invisible n'indique pas une absence de rapport ; elle implique

des rapports avec ce qui n'est pas donné, dont il n'y a pas idée. » (Lévinas 1961 : 22) Dans cette idée d'un rapport avec ce qui n'est pas visible, avec l'indicible, la caresse « incarne la *sagesse de l'incertitude*. (...) Dans la philosophie de la caresse, la connaissance a un sens tout à fait différent. Le mouvement est alors d'une transcendance vers l'Autre, qui ne signifie pas appropriation de *ce qui est* mais son respect. » (Ouaknin 1994 : 261)

Dans son ouvrage *Lire aux éclats*, Marc-Alain Ouaknin, talmudiste réputé, réactualise une forme de dialogue : la *mahloquèt*, c'est-à-dire le dialogue intersubjectif des maîtres du Talmud, la discussion, le différend. Ce type d'échange, magnifié en philosophie éthique, nous permet ici de rassembler les éléments disparates que nous avons identifiés. Des études scientifiques ont pu montrer que les besoins et attentes des personnes en fin de vie sont variables suivant les individus mais également dans le temps. Du coup, il y a impossibilité constitutive pour le soignant d'appréhender pleinement les attentes de la personne malade comme elle pourrait le faire pour décrire sa pathologie — même si le raisonnement clinique trouve des limites, pensons simplement aux polyopathologies pour s'en convaincre.

À l'instar de la *mahloquèt*, le dialogue éthique — fondé sur une philosophie de la caresse — « garantit l'impossibilité de l'enfermement dogmatique, l'impossibilité de la vérité » (Ouaknin 1994 : 21). Éloge ici de cette impossibilité de conceptualisation complète de l'autre, du *begriff*, qui n'autoriserait aucun dépassement, aucun changement, aucune vicissitude. Éloge ici de l'affection, de celui qui se laisse affecté par l'autre : « (...) tout comme la caresse s'éveillant dans le toucher, est déjà affection et non pas information sur le sentiment. » (Lévinas 1987 : 167) La *mahloquèt* renferme en fait, dans son étymologie, sa véritable portée : « comme le dit le Maharal de Prague, dans le mot *mahloquèt*, on peut lire les mots *m-hlq-t*, c'est-à-dire *mt* et *hlq* "mort" et "différence". La *mahloquèt* est ce qui, par la différence, fait obstacle au mortifère. » (Ouaknin 1994 : 267) La différence, qui est fondamentalement constitutive de la relation de soin, cultive un dialogue qui s'oppose, sans s'y opposer frontalement, au processus de mort, qui l'accompagne en le « dynamisant ».

Un dernier élément qui résume l'ensemble de cette notion tient dans la responsabilité, pour le soignant, de s'engager dans ce type de dialogue : « Le dialogue éthique, la *mahloquèt*, est le lieu de la violence de l'Autre, qui a pour fonction de réveiller le Moi d'un sommeil dogmatique pour le ramener à la veille, à la vigilance, à l'insomnie. L'Autre, par sa parole, est ce moment d'insomnie, de dégrisement, de la raison. (...) Altérité qui est aussi responsabilité au sens où l'on doit être capable de maintenir la question ouverte. » (Ouaknin 1994 : 273) Responsabilité de l'écoute, engagement dans le dialogue, devoir de non-abandon...

#### BIBLIOGRAPHIE

- Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF ; 1963.  
Lévinas E. *Éthique et infini*. Paris : Le Livre de Poche ; 1984.



- Lévinas E. *Totalité et infini*. La Haye : Martinus Nijhoff; 1961.  
Lévinas E. *Le temps et l'autre*. Paris : Fata Morgana; 1979.  
Lévinas E. *Hors sujet*. Paris : Fata Morgana; 1987.  
Lévinas E. *En découvrant l'existence*. Vrin, 2<sup>e</sup> édition (1967), 5<sup>ème</sup> tirage, 1994.  
Lévinas E. *De l'existence à l'existant*. Paris : Vrin, 2<sup>e</sup> édition, 6<sup>ème</sup> tirage; 1993.  
Lévinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. La Haye : Martinus Nijhoff; 1974 : 114.  
Ouaknin M.-A. *Méditations érotiques : essai sur Emmanuel Lévinas*. Paris : Petite Bibliothèque Payot; 1992 : 129.  
Ouaknin M.-A. *Lire aux éclats*. Paris : Seuil; 1994.

#### RÉSUMÉ

##### **Du regard clinique à la caresse éthique : pour un nouveau langage médical**

Si la médecine moderne s'est édifiée sous l'impulsion du regard clinique, elle a toujours réuni, en colloque singulier, une personne qui soigne et une personne soignée. Le concept de regard clinique peut être compris comme un langage technique sur les corps des malades, construisant de manière raisonnée un diagnostic en se fondant sur l'analyse systématisée des signes et des symptômes que le « technicien du corps » aura perçus. Un autre type de langage s'avère pourtant nécessaire face aux sentiments, craintes, attentes et besoins des personnes malades ainsi que par les enjeux qui se posent dans des situations parfois « limites ». Cette volonté de recherche d'un nouveau langage hospitalier incite à une réflexion philosophique puisant à la fois dans les écrits d'Emmanuel Lévinas ou ceux plus talmudiques de Marc-Alain Ouaknin : faire l'éloge de la caresse et du dialogue éthiques comme modes d'être du soignant face à la personne malade.

##### **Mots-clés :**

*Caresse, éthique, regard, clinique, patient, malade, personne, respect, écoute, échange.*

#### ABSTRACT

##### **From the clinical gaze to an ethical caress : a new medical language**

If modern medicine was built under the impulse of the clinical gaze, it always unites, in a singular confab, a caregiver and a person cared for. The concept of clinical gaze can be understood as a technical language about the patient's body where a diagnosis is constructed in a reasoned manner, founded on a systematic analysis of signs and symptoms perceived by the « technician of the body ». However, another type of language seems necessary to face feelings, fears, expectations and needs of sick persons as well as what is at stake in situations which go beyond certain limits. This wish to seek a new hospital language encourages a philosophical reflection inspired by the writings of Emmanuel Levinas and in a more talmudic orientation those of Marc-Alain Ouaknin : praising the ethical caress and dialog as ways of being a caregiver facing a patient.

##### **Key words :**

*Caress, ethics, gaze, clinics, patient, person, respect, listening, exchange.*

#### RESUMEN

##### **De la visión clínica a la caricia ética : pour un lenguaje médico nuevo**

Incluso si la medicina moderna se ha edificado bajo el impulso de la « visión clínica », ha reunido siempre en un coloquio singular una persona que atiende a una persona que es atendida. El concepto de « visión clínica » puede ser comprendido como un lenguaje técnico sobre el cuerpo de los enfermos, construyendo de manera razonada un diagnóstico al fundarse en un análisis sistematizado de los signos y de los síntomas que el « técnico del cuerpo » habrá percibido. Otro tipo de lenguaje aparece sin embargo necesario frente a los temores, sentimientos, esperanzas y necesidades de las personas enfermas, y por las alter-



nativas que se presentan en situaciones a menudo « limites ». Esta voluntad de búsqueda de un nuevo lenguaje hospitalario incita a una reflexión filosófica enraizada al mismo tiempo en los escritos de Emmanuel Lévinas o en aquellos más talmúdicos de Marc-Alain Ouaknin : hacer el elogio de la caricia y del diálogo éticos como formas de ser de aquel que atiende frente a la persona enferma.

**Palabras claves :**

*Caricia, ética, visión, clínica, paciente, enfermo, persona, respeto, escucha, intercambio.*