

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

## **S'engager dans l'apprentissage du soin, s'exposer à sa violence**

C-E. Notredame

Interne en psychiatrie à la faculté de médecine de Lille, Université de Lille

### **Résumé**

Les premières expériences de stage sont souvent l'occasion d'une prise de conscience muette pour les étudiants en soins. À l'épreuve de la rencontre de la souffrance, de la maladie et de la mort, leurs mouvements intimes leur font silencieusement prendre la mesure de ce que leur parcours consistera bien plus qu'en la simple acquisition d'un savoir académique ou de compétences techniques. Dès lors, l'élan qui les avait poussés à s'inscrire en faculté de médecine ou en école de soins infirmiers s'épaissit de la teneur d'un engagement. Une exposition de soi, tant aux souffrances existentielles qui gorgent l'hôpital, qu'à l'enseignement biomédical auquel ils s'en remettent pour appréhender ces souffrances. Une mise à l'épreuve de soi qui marque le point d'origine d'un parcours initiatique frappé du sceau de la violence. Violence nécessaire, inhérente à la maladie et à l'administration du soin. Mais aussi violence évitable, tantôt diluée dans l'ordinaire du quotidien hospitalier, tantôt explicitement déviante, parfois même donnée à voir ou à apprendre.

Pourtant, cette dimension initiatique n'est qu'exceptionnellement reconnue par les discours académiques, et donc exceptionnellement accompagnée comme telle. Les doutes, malaises et perplexités des apprenants, fruit de leur rencontre immédiate (parce que non médiatisée par le savoir ou l'expérience) avec ces violences ne se font que rarement entendre. Il y a là comme un paradoxe, un hiatus entre la nécessaire intensité des vécus auxquelles confronte l'apprentissage du soin, et l'évasion de toute préoccupation quant à ces vécus dans les enseignements contemporains de la médecine.

À l'appui de récits d'expériences de stage, nous nous proposons d'explorer ce hiatus. D'une part, en nous efforçant de réinscrire dans l'explicite les processus violents avec lesquels sont aux prises les étudiants en soin. D'autre part, en tâchant de mettre au jour les mécanismes par lesquels ces processus se retrouvent relégués dans le domaine de l'impensé. Enfin, nous proposerons de voir en ce même hiatus l'un des canaux de pérennisation des violences maltraitantes.

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

## **Préambule**

Le point de vue d'où nous parlons est celui d'un étudiant en médecine, puis d'un interne français. S'il existe, à n'en pas douter, des similitudes avec le système de formation belge, il y a aussi, je suppose, des différences à l'aune desquels il sera intéressant de mettre en perspective notre propos.

## **Introduction**

Au commencement de ma perplexité d'étudiant en médecine, il y a eu une double interpellation. Interpellation de mon corps, d'abord. Dès ma deuxième année de médecine, chaque stage que j'effectuais me laissait en proie à des malaises vagues aussi banals qu'incapacitants, si bien que je dus rapidement me vivre comme une âme sensible de la médecine. Interpellation relationnelle, ensuite. Car lorsque j'expliquais ces malaises à mes co-externes et amis, puis, plus tard, lorsque je leur disais travailler sur la question de la violence dans les études de médecine, la plupart d'entre eux semblait en être étonnée ou être parfaitement étrangère à ce type d'expérience. Pourtant lorsque l'écoute s'attardait, lorsqu'elle se faisait un peu plus insistante, les récits de leurs propres expériences de stage se révélaient parfois d'une brutalité qui aurait ébranlé n'importe quel profane.

Cette double interpellation a agi sur moi comme une véritable remise en question de mon engagement en médecine : étais-je trop sensible pour ces études ? N'étais-je simplement pas fait d'un bois suffisamment bon pour devenir médecin ? La tentation du renoncement a été réelle, et n'a été désamorcée que par un long effort de mise en sens qu'aura inauguré un mémoire de certificat optionnel de soins palliatifs. Se pouvait-il que les affaiblissements de mon corps vinssent tracer autre chose qu'une faiblesse de constitution ? Et pourquoi mes collègues en étaient-ils épargnés ? Ou plutôt, pourquoi ne manifestaient-ils pas, et encore moins de parlaient-ils d'un tel trouble ? Pourquoi leur ton était-il celui de la banalité quand le contenu de leurs récits relevait de l'extraordinaire, du brutal ou de la transgression ? Qu'y avait-il dans ce hiatus, auquel je ne savais me résoudre, entre la violence de leurs expériences, et leur apparente inaffection ?

Peut-être faut-il chercher le point de scission, le point d'origine de cette fissure dès les premiers temps de l'apprentissage soignant, et même un peu en amont, dès l'engagement des apprenants dans les études soignantes.

## **1. L'engagement dans les études soignantes**

### **1.1. Celui qu'il vient cueillir**

C'est un vieil adolescent, pas tout à fait un jeune adulte, que les études soignantes viennent trouver. Un adolescent dont le schéma corporel est encore fragile d'avoir été en complet remaniement. Mais aussi un adolescent dont les bouleversements identitaires sont réactualisés par des enjeux d'autonomisation qui se cristallisent, aujourd'hui peut-être plus encore qu'autrefois,

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

autour des études supérieures et de l'orientation professionnelle.

## 1.2. Ce à quoi il tient

S'engager dans les études de médecine, c'est ce subordonner à un réel irréprésentable : dix années mystérieuses, intimidantes, imposantes, dont on ne saurait se figurer le contenu. Alors, faute de pouvoir se représenter leur concrétude, le jeune adulte se trouve ravi par des idéaux, des fantasmes. Les siens, ceux de ses proches. Fantasme de médecine toute puissante, omnipotente, capable de conjurer la mort et la maladie. Fantasme de médecin absolu, capable de guérir tout et tout le monde. Fantasme de reconnaissance sociale, de salaire confortable, de stabilité de l'emploi.

## 1.3. Ce à quoi il ouvre

Par delà la simple acquisition de compétences techniques, l'engagement dans les études soignantes tient à un authentique parcours initiatique. D'abord parce qu'il relève d'une construction identitaire, une transformation de soi, un façonnage. Pour reprendre la terminologie d'Erik H. Erikson<sup>1</sup>, c'est une période de moratoire psychosocial qui est laissée à l'étudiant pour opérer ce que René Kaës<sup>2</sup> qualifie de réadolescence. Ensuite parce qu'il implique un processus d'acculturation au profit d'une culture biomédicale, à l'appui d'une étape fondamentale d'abrasion identitaire (l'étudiant étant fondu dans les foules, anonymisé, référé à son seul statut – « l'externe » –, voire à un simple numéro). Enfin parce qu'il est jalonné de rites initiatiques souvent mal assumés. Nous en voulons pour exemple les séances de dissection organisées au cours de la deuxième année de médecine, vécues par les étudiants comme un point de passage signifiant, mais traitées comme autant de séances simplement utiles à l'apprentissage de l'anatomie. Nous pourrions aussi lire de la sorte les week-ends d'intégration, rites initiatiques menés en autodidacte, passés sans la sécurité d'une référence tutélaire.

En outre, le parcours initiatique des études soignantes se singularise par deux caractéristiques principales. D'une part, l'isolement, le sentiment de solitude qui saisit les étudiants. Solitude du bachotage forcené qui n'autorise que peu les échanges, surtout lorsque ce bachotage se subordonne à une logique concurrentielle instituée comme une pédagogie de la performance et assujettie à une docimologie confinant parfois à l'absurde. Solitude aussi des fêtes carabines, où il s'agit plus de boire ou de faire boire que de partager. Dans cette course à l'alcoolisation et/ou à la désinhibition qui peut se lire comme ce que David Le Breton<sup>3</sup> qualifie de quête de blancheur, d'absence à soi, l'étudiant est seul à plusieurs. D'autre part, la passivité et l'inopérance auxquelles sont assignées les carabins. Dans un monde hospitalier entièrement régi par les principes d'efficacité et de performance, l'étudiant est astreint, par la pédagogie de l'immersion, à son stéréotype d'externe suiveur, perdu dans sa blouse trop grande. L'inaction le

---

<sup>1</sup> Erikson EH. Adolescence et crise. La quête de l'identité. Paris: Flammarion; 1972.

<sup>2</sup> Kaës R, Desvignes C. Le travail psychique de la formation. Entre aliénation et transformation. Paris: Dunod; 2011. (Inconscient et culture).

<sup>3</sup> Le Breton D. Disparaître de soi. Une tentation contemporaine. Paris: Métailié ; 2015. (Traversées).

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

laisse entièrement livré au monde hospitalier, entièrement ouvert, témoin parfait de l'hôpital.

Or, relire les études soignantes comme un parcours initiatique aide à percevoir qu'en leur qualité d'initiation, ces études font violence à ceux qui s'y confrontent. Plus précisément, elles les exposent à leurs violences, elles nouent autour d'eux les multiples dimensions du phénomène violent. Ces dimensions, nous voulons les déployer en nous efforçant d'effranger les racines étymologiques du mot « violence ».

## 2. L'étudiant en médecine, un apprenant en violence

### 2.1. Racines grecques : *Bia*, la violence essentielle, la force vitale

#### Souvenir d'externe<sup>4</sup>

Le tour médical que je suis bien passivement en cette nuit de garde en réanimation est interrompu par une entrée dont on me propose de faire l'examen clinique. Une jeune femme a ingurgité plusieurs boîtes de tranquillisants. Trop content de cette activité inespérée, je m'exécute. Maladroit, j'échange quelques mots avec la patiente. Elle me confie alors son désespoir, m'explique qu'il s'agissait pour elle du seul moyen pour parler à quelqu'un. Je suis ce quelqu'un. Notre conversation est interrompue par une infirmière qui m'explique qu'il va falloir procéder à un lavage gastrique. On me propose de le réaliser. Ça devrait me plaire/m'intéresser/m'occuper, c'est un geste technique. On assoit la patiente dans une chaise, on la recouvre d'un drap, puis on lui lie les mains aux accoudoirs pour, m'explique-t-on, éviter qu'elle arrache la sonde par réflexe. On me place dans son dos. L'infirmière sort du congélateur (« ça passe mieux quand c'est froid ») un tuyau large comme une pièce d'un centime que j'enfonce, l'instant d'après, dans la gorge de la patiente. Elle se débat, pleure, étouffe. Je me sens mal. L'infirmière m'encourage à continuer tandis qu'elle exhorte la patiente à se calmer, avaler, respirer, ne pas bouger. Tandis que je procède à la vidange, je croise, malgré mes efforts pour l'éviter, son regard. Dans sa position d'oie gavée, à travers des larmes de rage, cette femme me dépouille et me fige. Elle en appelle à qui je suis.

La violence essentielle est d'abord une violence sensorielle<sup>5</sup>, gouvernée par le principe de saturation. Saturation de la vue par les corps dénudés, délabrés, ouverts, perforés, par la blancheur enveloppante, par les machineries et instruments étranges et complexes. Saturation de l'odorat par les miasmes des déjections et des sécrétions, par les puissantes émanations des aseptisants. Saturation de l'ouïe par les appels, les geignements, les bips des moniteurs. Cette saturation sensorielle fait d'autant plus violence qu'elle fait effraction, qu'elle déchire l'écran imaginaire des corps-mannequins esthétisés – muscle en brun, veines en bleu, nerfs en jaune – auxquels les cours de sémiologie ou d'anatomie avaient laissé croire, et que l'on décorait de tel

<sup>4</sup> Récit extrait de : Notredame C-E. Les violences dans la formation de l'étudiant en médecine. In: Davous D, Le Grand Sébille C, Seigneur E, rédacteurs. L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Toulouse: Erès; 2014. p. 54–78. (Erès poche - Espace éthique).

<sup>5</sup> Baudry P. Violence, soins et tiers social. JAMALV. 1996;(46):8–13

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

ou tel symptôme naturalisé.

Mais l'étudiant est aussi aux prises avec une violence existentielle, dont l'expérience s'échelonne habituellement sur une vie entière, mais qui se retrouve chez lui précipitées dès les premiers temps de stage. Une violence qui tient à la confrontation à la mort, à la vie, à la maladie, à la détresse psychique et à la misère sociale. Ces expériences sont d'autant plus brutales qu'elles sont brutes, vécues sans le filtre objectivant de l'habitude ou de la théorie. Pour l'étudiant, tout fait sens jusque dans l'intime, jusqu'à faire intrusion dans l'imaginaire et les représentations.

Enfin, et si paradoxal que cela puisse paraître, l'entrée en intersubjectivité, mise en scène au moment presque mythique de la première rencontre avec le malade, constitue une violence essentielle supplémentaire. En effet, en exposant l'étudiant à une incarnation de la fragilité de sa propre condition d'homme, celle-ci agit chez lui comme une menace à son sentiment de sécurité. Elle lui tend un miroir déformant dans lequel il ne peut faire autrement que de se reconnaître ou de reconnaître ses proches. Jeu de miroir déformant, mais aussi jeu de miroir sans tain, car le colloque étudiant-patient a l'hyper-singularité de se constituer sur un statut partagé de profane, à l'ombre d'un même système qui le dépasse. Confrontés à la même déplétion identitaire (de l'étudiant, nous en avons déjà parlé, du patient, il suffit de garder en tête l'indécassable tendance à la métonymisation – « le cancer de la 25 porte »), étudiant et patient son mis en abyme l'un de l'autre. Si bien que de l'empathie, forme de consécration de l'altérité, l'étudiant risque fort de glisser à la sympathie, au souffrir-avec, en s'absorbant dans une logique de mêmeté dont Donatien Mallet a analysé toute la violence<sup>6</sup>. Enfin, l'entrée en intersubjectivité agit chez l'étudiant comme une interpellation dans la mesure où la vulnérabilité du patient le renvoie, selon l'hypothèse d'Emmanuel Levinas, à son inéluctable et infinie responsabilité éthique. De cette exhortation, il est saisi bien avant d'avoir été orienté par les repères des responsabilités déontologiques ou légales et bien avant de disposer des outils pour être en mesure d'y faire face. Surtout, l'écrasante interpellation le surprend souvent alors qu'il n'a même jamais été guidé à appréhender le rapport de co-vulnérabilité qu'elle impose<sup>7</sup> (David Jousset). Il en résulte que l'immanquable appel à sa propre vulnérabilité risque d'être vécue comme effractant, faute d'avoir été accompagné.

---

<sup>6</sup> Mallet D, Herbaut A, Vanheems D, Soyez S, Chekroud H. L'étudiant en médecine : d'une identification angoissante à l'acquisition d'un savoir protecteur. *Ethica Clin.* 2003;30:28–31

<sup>7</sup> Jousset D. Co-vulnérabilités : critique de la raison vulnérable. Communication au colloque *Prendre soin de l'humain vulnérable ? Regards croisés sur les vulnérabilités dans la société contemporaine.* Brest; 3 Oct 2013.

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

### 1.1. Racines latines : *Vis*, les violences transgressives

#### Souvenir d'interne<sup>8</sup>

Claude était une patiente psychotique, hospitalisée de longue date. Faute d'une structure d'hébergement qui accepte de contenir ses troubles du comportement, Claude était cantonnée en psychiatrie. Ce qui ne laissait pas d'irriter les soignants. Car Claude était aux prises avec une grande immaturité affective et une terreur de l'abandon, qu'elle venait conjurer chaque fois qu'elle le pouvait. Ses demandes et interpellations étaient incessantes. Ses transgressions, bien que rarement graves étaient souvent bruyantes. Toutes avaient vocation à mobiliser l'attention. Si bien que l'équipe, usée par la sur-sollicitation, avait développé une forme de tolérance aux brimades, aux discrètes humiliations, aux maltraitements ordinaires dont elle était l'objet.

Un jour où elle avait été frustrée, Claude lança des chaises au milieu du service. Cela fit beaucoup de bruit, mais n'inquiéta personne. Claude fut rapidement immobilisée. En guise de punition – car comment le qualifier autrement ? – elle fut sanglée à une chaise, puis placée sous la télévision que les autres malades regardaient en arc de cercle. Pour justifier la mesure, l'infirmier m'expliqua qu'il fallait que Claude assume les conséquences de ses actes: «Elle voulait qu'on la regarde ? Eh bien maintenant, on la regarde ».

Ce que l'histoire de Claude nous aide à interroger, c'est la frontière parfois ténue, parfois poreuse et pourtant cruciale entre les transgressions responsables et les transgressions déviantes.

Les transgressions responsables sont celles pour lesquelles il est donné licence au médecin de s'appliquer à appliquer des gestes par nature violents (perforer, induire de la douleur, pénétrer, etc.). Précisément parce qu'il s'agit de transgressions, elles suscitent chez l'étudiant qui s'y initie des sentiments jamais interrogés : peur, dégoût, désir, toute puissance. Et de fait, les transgressions responsables exposent l'étudiant à l'expérience déstabilisante de se vivre violent. Au sens où l'entend Thomas Lepoutre<sup>9</sup>, cette expérience ne peut se vivre sans compter l'activation d'une forme de « sadisme ordinaire », par lequel le soignant peut et tient, même quand le patient souffre, même quand il s'agit – pour le besoin du soin – de le faire souffrir. Or, lorsque l'étudiant n'est pas accompagné à l'appréhender, à l'assumer par l'éveil concomitant d'un sens éthique plus aigu, cette activation risque de devenir destructurante, soit qu'elle induise un sentiment de culpabilité paralysant, soit qu'elle l'incite à consommer sans réserve son sentiment de toute puissance.

L'obligation de transgresser de façon responsable faite à l'étudiant destitue soudainement et implicitement des repères de l'interdit qu'il tenait auparavant pour fixes et rassurants. Sans pour

<sup>8</sup> Récit extrait de : Notredame C-E. Apprendre le soin en psychiatrie, apprendre sa violence. [Lille]: Université de Lille, faculté de médecine; 2016.

<sup>9</sup> Lepoutre T. Un sadisme nécessaire chez le soignant ? In: Davous D, Le Grand Sébille C, Seigneur E, rédacteurs. L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Toulouse: Erès; 2014. p. 196–212. (Erès poche - Espace éthique).

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

autant, d'ailleurs, qu'elle en institue de nouveaux. Comme ce remaniement se fait dans l'implicite, les limites du champ de l'interdit deviennent flous. L'étudiant doit se guider à la boussole de ses intuitions (mais qui sont, par ce bouleversement nouveau, désavouées d'emblée) et se référer à l'exemple de ses tuteurs pour redéfinir ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Or, la transgression déviante, celle qui toujours nie le sujet, complique ce principe en le pervertissant. Elle génère une contradiction entre l'intuition éthique de l'étudiant (son malaise) et le remaniement du territoire des possibles que le tuteur est sensé régler. Elle est d'autant plus déstructurante que la geste est souvent donné à voir, voire à apprendre, achevant de plonger l'étudiant dans la confusion : « Est-ce cela devenir médecin ? ». Une confusion qui, lorsqu'elle n'est pas refoulée en même temps que le geste est banalisé, peut se résoudre dans l'offuscation : « Je ne veux pas devenir cela ! ». Et finalement, risque de devenir un renoncement : « Je ne veux pas devenir médecin. »

### **1.2. Racines indo-européennes : faire taire les vécus violents**

Ces racines, qui renvoient au silence, nous aident à comprendre que la violence des études soignantes est aussi une méta-violence : celle d'une mise en sourdine, d'un effacement par la violence de ses propres traces afin d'échapper à l'épinglage, et donc de prospérer.

Cette mise sous silence est bien plus insidieuse qu'un simple interdit de parole. Elle tient plutôt à un non-lieu : non pas tant que la parole de l'étudiant est confisquée, mais plutôt qu'elle ne peut pas émerger, qu'elle est déconstruite d'emblée. Comme le propose Céline Lefève<sup>10</sup>, les étudiants en médecine sortent du langage, ou du moins du langage du récit et de la réflexion. Ils sont désarmés pour se raconter. Leur grammaire est déconstruite au profit d'une nouvelle armature logique arrimée à la science positive, fondée sur un raisonnement algorithmique, opérationnel, technique. Leur vocabulaire est élagué, vidé de ses nuances et de ses références au subjectif, scotomisant l'énonciation au profit du seul énoncé. En termes bourdieusiens, le vocabulaire opératoire de la sémiologie médicale survit mieux sous les effets des pressions du marché linguistique de la médecine, en tant qu'il représente le langage autorisé, officiel, par lequel passe l'intégration. Et au delà du langage, il manque aux étudiant un espace-temps pour que leur parole puisse se déployer. D'une part parce que les espace formels d'échanges et de libre expression au sein des facultés sont rares. D'autre part parce que les étudiants sont pris dans un mouvement de fuite en avant qui n'autorise que peu les arrêts, et encore moins les rétrospections. En outre, les études de médecine procèdent d'une forme d'annulation de la parole de l'étudiant. Non seulement celle-ci ne trouve plus d'identité solide à laquelle s'arrimer. Mais encore, l'étudiant est pris dans un système hiérarchique extrêmement serré où le savoir vaut pouvoir, un système dans lequel il n'est définit qu'en négatif, précisément par son manque de savoir. Sa parole s'en trouve déplétée d'autant de force pragmatique et symbolique.

---

<sup>10</sup> Lefève C. Devenir médecin. Paris: Presses Universitaires de France; 2012. (Question de soin).

*Soigner, un engagement sans frontière ?*

Mais le processus par lequel la violence efface ses traces passe aussi par une forme de banalisation qui s'inaugure précisément durant les études.

Souvenir de 1<sup>ère</sup> année d'externat, rapporté par un ami<sup>11</sup>

Il lui est demandé de réaliser l'examen clinique d'une personne âgée de plus de 80 ans, arrivée pour une anémie aigue grave probablement en lien avec un saignement. S'accrochant à ses cours dans cette situation inédite, il pense alors à réaliser un toucher rectal pour rechercher des traces de sang, mais préfère s'abstenir, car, n'ayant jamais réalisé le geste, il craint de ne pas s'y employer correctement. Il en réfère alors au médecin sénior. Lorsque mon ami lui expose ses réserves, celui-ci s'étonne alors dans une réponse sans appel : « Mais t'es con ou quoi ? C'est juste un doigt dans le cul ! ».

Mon ami doit retourner dans la chambre du patient sans plus d'éclairage. Il ne trouve pas la vaseline, mais la semonce le décourage d'en demander aux soignants. Il s'informe auprès d'un de ses co-externes qui lui affirme avoir déjà vu faire des touchers rectaux avec de la solution hydro-alcoolique. Bien conscient que la procédure est suspecte, mais dans la confusion, et sans repères auxquels la confronter, il l'applique à son patient. On imagine facilement la pénibilité pour le patient et le malaise coupable de mon ami pour qui ce simple « doigt dans le cul » est devenu une expérience traumatique.

De retour dans la salle de soin, mon ami rapporte les résultats de son examen. Il est contraint d'exposer la façon dont il a procédé. Il le fait avec gêne et honnêteté. Le médecin se moque alors ouvertement, interpelle ses collègues pour leur raconter l'histoire. Quelques instants plus tard, mon ami découvre qu'un tube de vaseline pend au bout d'une bande sur le tableau d'affichage de la salle de soin. Son prénom est inscrit au bout d'une flèche qui désigne le tube en question.

Ce « juste un doigt dans le cul », est intéressant en ce qu'il formalise un enseignement habituellement implicite dans l'apprentissage du soin. Par cette seule phrase, le médecin a enjoint mon ami à dépouiller le toucher rectal de toute sa charge symbolique, et de la potentielle violence qui y est attachée. Donc à le réduire à sa seule dimension technique et instrumentale. Il a dans le même temps, et de fait, nié la subjectivité du patient, réduit à « un simple cul », et la subjectivité de l'étudiant, réduit à celui qui mettra le « simple doigt ». En somme, il a refusé que le toucher rectal, pour nécessaire qu'il soit, puisse être un geste qui n'est anodin ni pour l'étudiant, ni pour le patient, plongeant in fine, l'un et l'autre dans la confusion.

L'exemple est âpre et caricatural. Il est cependant paradigmatique d'un double

---

<sup>11</sup> Récit extrait de la communication : Notre-dame C-E. L'étudiant en médecine, un apprenant en violence. Soirée de l'espace de réflexion éthique de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Nord Pas-de-Calais Picardie; Lille, 26 Mai 2014. Disponible: <http://www.santementale5962.com/nos-evenements/les-soirees-de-l-espace-de-37/article/devenir-soignant-la-violence-d-un>



*Soigner, un engagement sans frontière ?*

mouvement auquel l'étudiant est le plus souvent incité. Le premier mouvement est celui de la banalisation des gestes du soin et de leur objet qui se parent d'une égale simplicité. Leur dimension personnelle, voire existentielle, est rabattue tantôt sur l'évidence de leur technicité, tantôt sur l'ordinaire du quotidien. Ce d'autant que ce premier mouvement se fait à la faveur d'un changement de regard de l'étudiant depuis l'idiosyncrasique au nomothétique, depuis le subjectif à l'objectif<sup>12</sup>. D'où le deuxième mouvement : chez l'étudiant, la banalisation du soin se fait au prix de la disqualification de son propre vécu. Il est incité à « faire sa carapace », à « se blinder », à « prendre de la distance » (sous-entendu de la distance avec sa propre subjectivité et celle du patient). Et lorsque l'un des étudiants s'écarte par trop de cette norme, son discours sert de point d'appui à un procédé de disqualification ou de marginalisation. Dire ses émotions, c'est être faible ou incompetent. Parler de ce qui peut faire violence, c'est être plaintif ou revendicateur.

### **Conclusion**

Nous soutenons que c'est là, dans le creuset des études soignantes, que débute un processus par lequel la violence du soin se fait oublier, et s'infiltrer insidieusement. C'est en plongeant ses racines dans un méta-apprentissage implicite qu'elle assure le plus solidement sa pérennisation. Qu'elle échappe en se parant du manteau de l'ordinaire et du normal. Mais dans le même temps, c'est parce que les étudiants ne sont pas encore tout à fait bercés de ce mouvement entropique, c'est parce qu'ils vibrent, s'effraient, s'émeuvent, s'attristent en secret qu'il y a un enjeu particulier à y être attentif. Y être attentif pour leur apprendre à cultiver ces résonance, à s'en décentrer plutôt qu'à s'en distancier. Y être attentif pour faire la source de leur empathie, à en faire instrument clinique à part entière.

Alors oui, je suis une âme sensible de la médecine. Mais je sais maintenant que c'est là une force. Un rappel à soi et à l'autre. Une intranquillité. Une sollicitude. Une vigilance éthique pour, à chaque instant, travailler à discriminer violences nécessaires et violences déviantes, assumer les premières et lutter contre les secondes.

---

<sup>12</sup> Micoulaud-Franchi J-A. Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science ». *Pédagogie Médicale*. 2011;11(3):187-96.