
De l'euphorie comme modalité du connaître dans le soin

Euphoria as a way of knowing in care

La euforia como forma de conocimiento en los cuidados

Euphorie als Modalität des Kennenlernens in der Pflege

Natalie Rigaux

1 Entrons avec la chercheuse chez Mme Landuyt dont nous découvrirons l'histoire :

Lorsque je sonne en début d'après-midi chez Mme Landuyt pour la première fois, le kiné vient m'ouvrir. C'est un homme pas très grand, d'une cinquantaine d'années, une couronne de cheveux bouclés grisonnants, le regard charmeur, un collier avec une dent de loup (?) au cou. Je lui explique les raisons de ma présence et le voilà d'emblée enthousiaste : « Mme Landuyt est une championne, championne de sa catégorie ! J'ai plus de plaisir à passer l'après-midi avec elle qu'avec une jeune fille de 18 ans ! On va vous montrer ce que l'on sait faire ! ». Le ton est donné. Mme Landuyt est d'accord que je reste pendant la séance de kiné, ce qui n'était pas prévu. Me voilà témoin d'une succession d'exercices de mobilisation, commentés par Luc, le kiné. Il passe tous les jours, une, parfois deux fois — il habite le quartier — et Justine, l'aide-ménagère, prépare à son intention un thermos et des galettes à la demande de Mme Landuyt. Intriguée par ce travail de revalidation qui semble rencontrer l'adhésion de Mme Landuyt et qui dégage une énergie communicative, je décide avec l'accord de ses parties prenantes de le suivre régulièrement.

(Journal de terrain, domicile de Mme Landuyt, Bruxelles, septembre 2011)

2 Issue d'une enquête ethnographique menée pendant sept années (de 2011 à 2018) sur l'aide à domicile à l'endroit de personnes démentes (Rigaux, 2022), cette vignette¹ nous entraîne d'emblée sur le terrain des émotions, plus précisément des émotions à valence positive de haute intensité. Nous allons en effet choisir le fil de l'euphorie afin d'explorer, dans une perspective pragmatiste, comment émotion et cognition, corps et langage, sous une modalité réflexive ou narrative, s'entremêlent pour permettre une connaissance pratique du soin.

3 Pourquoi passer par l'euphorie pour conduire cette exploration ? La question au cœur de l'enquête ethnographique sur laquelle cet article s'adosse permet de le comprendre.

L'observation des soins donnés et reçus par des personnes « démentes » à leur domicile a été analysée au filtre du concept d'« expérience » (au sens de Dewey, 1925, 1936). Il s'agissait de savoir dans quelle mesure et pour qui — personnes soignées et soignantes — le soin constitue une expérience positive, c'est-à-dire une occasion de prendre part au monde commun en y faisant une différence favorable à sa vie, aussi minime soit-elle. Parce que des valeurs — d'individuation et de démocratisation — sont au cœur de cette problématique, l'émotion s'avère un mode crucial d'accès à la connaissance du soin (Genard, 2020 ; Livet, 2002), pour ses protagonistes (soignant·es et soigné·es) comme pour la chercheuse. Dans le contexte de cette recherche, connaître le soin signifie accéder à ce qui s'y passe pour chacune de ses protagonistes en matière d'expérience, donc saisir la mesure dans laquelle chacune y trouve l'occasion de déployer son individuation tout en contribuant au monde commun. Parmi les différentes émotions que suscitent les soins, l'euphorie se présente comme un révélateur particulièrement pertinent. Par son intensité, elle attire l'attention sur les préoccupations morales et politiques (ces dernières seront moins présentes dans ce texte) de celles et ceux qui les éprouvent, permettant dès lors de savoir comment le soin, par ses moyens et ses fins, concourt pour chacune de ses protagonistes à une vie bonne qu'il contribue à définir.

- 4 Notre exploration sera déployée dans deux contextes bien distincts : le premier porte sur des temps de soins donnés et reçus que nous examinerons en nous focalisant sur l'expérience de la personne soignée, le second concerne des moments où les soignant·es élaborent leur pratique et ses difficultés à distance du soin (réunions d'équipe, groupes de parole, intervision). Nous disposons par-là de deux types de conditions de production de la connaissance du soin, les unes dans le vif du soin au domicile (qui nous donneront accès à la façon dont la personne soignée participe à l'enquête menée au cours du soin, donc aussi à son expérience), les autres au sein de dispositifs prévus par des organisations de soins à domicile pour leurs professionnel·les (la connaissance étant alors celle élaborée par et pour le collectif soignant à partir d'une mise en récit du soin donné). Elles permettront de mettre en évidence des modalités pour partie communes — ne serait-ce que par la place qu'y occupe l'euphorie — et pour partie distinctes des articulations entre corps et langage, réflexif et/ou narratif, par lesquelles est produite la connaissance du soin envisagé comme expérience.

Une connaissance inter-corps réfléchie : le soin comme enquête

- 5 Reprenons la situation de Mme Landuyt où nous l'avons laissée pour en situer le contexte². Un an avant notre rencontre, cette dame a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) la laissant avec une hémiplégie gauche. Une hospitalisation de trois mois ne lui permet pas de regagner en mobilité et elle insiste alors pour rentrer chez elle, contre l'avis de l'équipe médicale, mais soutenue par sa fille avec laquelle elle vit depuis son veuvage datant d'une dizaine d'années. Au moment où je la rencontre, des infirmières passent deux fois par jour, pour la lever (vers 10 h) et la mettre au lit (à partir de 16 h 30), avec une toilette et un changement de protection. Celles-ci considèrent que madame est au début de la maladie d'Alzheimer. Alors qu'aucun diagnostic ne leur a été transmis, elles se basent sur le fait que le neurologue a prescrit un patch d'Exelon³. Mme Landuyt se plaint de certains troubles (difficulté à trouver ses mots, à lire, à se souvenir) dont on l'entendra évaluer elle-même la progression au

cours de notre récit. Elle passe la journée dans un fauteuil roulant placé à côté du lit médicalisé installé contre la fenêtre du salon donnant sur le clos où elle habite.

6 Suivons une des premières séances à laquelle j'assiste :

La séance commence alors que Mme Landuyt est assise dans son fauteuil roulant. Elle se lève avec aide puis reste debout, la main posée sur le torse de Luc (pour ne pas filer vers l'arrière, m'explique-t-il). Après différents exercices debout, sans canne, Luc va chercher la canne de Mme Landuyt, en laissant celle-ci debout, sans appui. Il me dit ensuite : « À ce moment-là, il y a un peu de stress pour elle et pour moi, mais c'est important qu'elle voie que je lui fais confiance et qu'elle sente l'indépendance dans son corps. » Puis, avec une canne et un peu d'aide — Luc tient son bras droit — Mme Landuyt marche jusque dans le vestibule (il faut passer au-dessus de la latte qui retient le tapis plein et doit faire 1 cm, mais représente un obstacle difficile à franchir pour la jambe gauche de madame). Elle s'assied dans le petit fauteuil qui s'y trouve (sans parvenir à retrouver la phrase rituelle que Luc essaye de lui faire retenir depuis que le travail a commencé « ça touche », afin de s'assurer d'être suffisamment proche du siège où elle s'assied). À propos de l'aide qu'il lui fournit, Luc explique : « C'est symbolique, je ne fournis pas d'effort, mais le symbole est très important. Je suis un symbole [en riant]. » Il m'explique qu'une voisine est venue à sa demande faire marcher madame, histoire de multiplier les occasions de mobilisation. Mais ça n'a pas été. Madame me raconte : « Elle tient trop fort mon bras droit. Elle le pince. Sans doute qu'elle a peur que je tombe. Avec ma fille, c'est encore pire, elle me dit : « Je n'ose pas te faire marcher. Je m'en voudrais trop si tu tombais. » [...] Plus tard elle demande à Luc : « Quand est-ce que je pourrai marcher seule ? » Lui : « Ça pourrait être demain. Il reste très peu de choses à mettre en place, comme le réflexe de se remettre vers l'avant. C'est frustrant parce que c'est très peu de choses, mais c'est indispensable. » Madame : « C'est indispensable que ça s'améliore. Ce n'est pas possible que ça reste comme ça. » Quand Luc est parti, elle me dira : « J'espère que dans trois mois, je pourrai aller faire un tour dans le clos, quand il fera bon. » Pendant qu'elle marche, Luc commente : « Je ne sais pas où on va, mais on y va. » Il me raconte que plusieurs fois, dans leur marche, ils sont allés jusqu'à la toilette : « C'est une étape importante, aussi par rapport à la vie quotidienne », ou jusqu'à la cuisine : « On a fait la vaisselle ; disons, on a chipoté dans l'évier » et quatre fois, ils ont essayé que madame sorte du lit seule : « Elle y est arrivée deux fois ! Évidemment, ça a mis beaucoup de temps, mais ça a été une entreprise extraordinaire, c'est formidable de pouvoir se lever seule. » « L'été, j'ai été aussi avec madame sur la terrasse. Je l'ai laissée là profiter du jardin, puis je suis revenu la chercher deux heures après. » Quand Luc s'en va, madame lui dit « C'est grâce à vous que j'arrive à tout ça. » Lui : « Non, c'est un travail commun. C'est vous la championne qui avez un moral de battante. C'est votre attachement à la vie, à la marche qui fait que vous faites des progrès ! [...] C'est une rencontre entre votre désir, votre volonté et mon enthousiasme. » Je quitte Mme Landuyt en étant à la fois enthousiaste et perplexe : que se passe-t-il là qui suscite chez moi cet état ?

(Journal de terrain, domicile de Mme Landuyt, Bruxelles, septembre 2011)

7 Émotions et sentiments sont très présents durant cette séance de kiné : sur fond d'enthousiasme partagé par Mme Landuyt et son kiné, il y a la confiance de Luc dans les capacités de Mme, confiance dont celle-ci le gratifie en retour en osant marcher avec lui ; à cette confiance réciproque s'oppose la peur de la voisine et de la fille qui rend impossible la marche avec elles. Ces émotions circulent dans un « inter-corps » (Parret, cité par Genard, 2020) du kiné et de sa patiente auquel je m'associe, partageant leur

enthousiasme. La sensation par Mme Landuyt de son corps, seul debout (et en marche au bras du kiné), est, elle aussi, au cœur de la séance. Apparaît par ailleurs une réflexivité des deux protagonistes qui échangent à propos de ce qu'ils sont en train de faire et de leur but : où vont-ils ? Si Luc souligne l'incertitude de la destination, Mme évoque trois finalités qui l'habitent : marcher seule, faire un tour dans son clos, « *que ça s'améliore* », finalité plus globale, moins exclusivement centrée sur la mobilité que les deux autres.

- 8 Dans le vocabulaire de J. Dewey (1993), nous pouvons considérer qu'il y a là une enquête de sens commun, telle que, devant une incertitude quant à ce qu'il y a lieu de faire, les protagonistes s'engagent activement dans l'identification du problème, de son issue et des moyens à mettre en œuvre, en testant différentes modalités (marcher avec le kiné, avec d'autres partenaires, se lever seule du lit, faire la vaisselle, etc.) visant des finalités qui ne trouveront à se définir qu'en cours voire en fin du processus d'enquête (ce que J. Dewey nomme des fins-en-vue). L'enquête a bien une double composante. Elle repose sur un engagement corporel et émotionnel dans la situation qui témoigne de la valuation du moyen qu'est la séance orientée vers des fins-en-vue. L'émotion est à la fois un révélateur de l'attachement à la valeur poursuivie — une vie meilleure dont la forme est encore à déterminer — et un moteur de l'action (Livet, 2002), en entretenant un engagement soutenu dans les séances de kiné : elle est performative. L'enquête a aussi une composante réflexive par laquelle les protagonistes explicitent ce qu'ils font, repèrent les moyens à tester et évaluent les résultats obtenus. Elle est donc à la fois rétrospective, intervenant après que les corps aient agi, senti, se soient émus mais aussi prospective, imaginant de nouvelles fins et des moyens encore inusités.

Deux rebondissements

- 9 Lorsque je reviens quelques mois plus tard, je constate la présence d'un monte-escalier, le salon où est installée Mme Landuyt étant au premier. Sa fille Lauranne, qui est à la pension depuis peu me dit, enthousiaste : « Maman a fait d'énormes progrès, maintenant elle peut sortir, monter dans une voiture. » Grâce au monte-escalier, Lauranne a pu, quand le temps le permettait, asseoir sa mère au jardin. Ne parvenant pas encore à l'installer dans sa voiture — ils y travaillent lors des séances de kiné — les sorties au-delà du jardin dépendent de la présence de Luc. Les séances de kiné ont été modifiées : elles se sont faites le plus souvent dehors, Mme Landuyt marchant dans le clos au bras de Luc sur une distance pouvant aller jusqu'à 100 m. Il me raconte (au téléphone) :

Une fois que l'escalier a été installé, on a mis une petite semaine pour arriver jusqu'au trottoir [du bas de l'escalier jusqu'au trottoir, il y a moins d'une dizaine de mètres avec une petite marche difficile à franchir pour Mme Landuyt]. Puis, la 4^e fois, je l'ai installée dans ma voiture : on a fait un tour de parade dans le quartier, en décapotable, j'ai pris des photos. On a eu une période d'euphorie ! Jusqu'à la mi-septembre, on sortait tous les jours. (Conversation téléphonique avec le kiné de Mme Landuyt, Bruxelles, septembre 2012)

- 10 Commentons ces moments d'euphorie : ils résonnent avec cette affirmation de G. Deladalle (1967, p. 445) : « l'expérience véritable [...] se goûte comme achèvement et

culmination. Il n'y a d'expérience véritable ni dans le flux indifférencié, ni dans la stabilité de l'achevé, mais dans ces moments de passage où « la vie [est] la plus intense » (citant J. Dewey). Il y a là un « achèvement » provisoire, dans l'euphorie, d'une des finalités explicitées par Mme Landuyt en début de période : « faire un tour dans mon clos ». Comme on le voit ici, l'euphorie témoigne de la réalisation de la visée du soin, au double sens suggéré par la forme intransitive du verbe *réaliser* — la visée confusément poursuivie s'est réalisée — et sa forme transitive — les protagonistes ont réalisé, c'est-à-dire compris, perçu quelle était la fin-en-vue poursuivie. L'euphorie signe donc la fin de l'incertitude à l'origine de l'enquête, donnant accès à la connaissance pratique et réflexive de la visée du soin.

- 11 Le monte-escalier a une autre conséquence qui est imprévue. Lauranne ose maintenant mettre sa mère au lit lorsque cela leur convient, les infirmier·ères ne passant plus en fin de journée, ce qui évite à Lauranne et à sa mère d'être contraintes dans leurs activités par l'horaire — imprévisible — des professionnel·les. Cette conséquence du monte-escalier rencontre la fin-en-vue la plus générale identifiée plus haut : « que ça s'améliore ». Elle est inattendue parce qu'elle n'avait pas été anticipée, mais aussi parce qu'elle ne semble pas avoir de rapport avec le monte-escalier, contrairement aux sorties. Le lien qu'y voit Lauranne tient aux « progrès » qu'aurait faits sa mère⁴. Cette appréciation accroît la confiance de Lauranne dans les capacités de sa mère et réciproquement me dira celle-ci, sa confiance dans l'habileté de sa fille à l'aider. Émerge un nouveau moyen (la mise au lit par Lauranne) contribuant aux fins-en-vue.
- 12 Un nouveau rebondissement de l'enquête, produisant lui aussi un moment d'euphorie survient lorsque Lauranne découvre la possibilité d'avoir recours à des taxis adaptés, à l'arrière desquels elle peut installer sa mère dans sa chaise roulante sans avoir à faire la difficile manœuvre du transfert de la chaise au siège de la voiture : la mère et à sa fille pourront alors sortir en ville. Comment Mme Landuyt (é)value-t-elle à la fois émotionnellement et réflexivement ces nouvelles possibilités expérimentées grâce à l'usage du taxi adapté ? Lors d'une de mes visites suivant cette découverte, elle me dit, triomphante, dès que je passe le seuil du salon : « Je suis enfin sortie de mon clos ! » Elle poursuit : « Je vais beaucoup mieux, ma tête aussi ! Je parle plus facilement, les mots viennent mieux ! » Écoutons ce triomphe, signe de la « vie plus intense » que génère l'ouverture toujours plus grande de Mme Landuyt sur son environnement. Une nouvelle étape a été franchie, éloignant davantage le confinement des débuts. Quelque chose d'inespéré survient cette fois encore, accompagnant une vie plus intense : l'amélioration des capacités cognitives qui rencontre en la spécifiant une des fins-en-vue générique de l'enquête en cours et signe sa valuation : « que ça s'améliore ».

Quand l'euphorie retombe

- 13 Nous nous sommes jusqu'à présent focalisées sur des émotions positives et fortes, allant de l'enthousiasme à l'euphorie. Pourtant, d'autres émotions ont été vécues au fil des plus de trois années au cours desquelles nos rencontres se sont poursuivies : Mme Landuyt a connu des jours de découragement et de crainte lors des séances et même trois mois de *black-out*, selon les termes utilisés par nos protagonistes, pendant lesquels elle est restée allongée, dormant beaucoup. Il a fallu ensuite récupérer ses capacités de mobilité perdues. Enfin, à la suite du dernier moment d'euphorie associé à la découverte des taxis adaptés s'étend une période d'environ une année (jusqu'au

décès de Mme Landuyt) où les séances de kiné ne suscitent plus d'enthousiasme, ni chez Mme Landuyt ni chez son kiné. Que nous apprend cette baisse d'intensité émotionnelle ? Les séances de kiné ont changé de sens : il ne s'agit plus de viser des améliorations, mais d'entretenir les capacités restaurées par l'effort antérieur. Luc abandonne une des fins-en-vue projetée initialement, la marche indépendante, estimant que les séances étaient devenues préjudiciables à la qualité de vie de sa patiente et que celle-ci y a renoncé. Apparaît pour la première fois un écart entre l'évaluation de Luc et celle de Mme Landuyt : celle-ci, jusqu'à la fin, continuera à espérer le recouvrement de l'indépendance dans la marche sans pour autant s'investir comme avant dans les séances (sans les valuer autant). Comme le souligne J. Dewey (2012, p. 108) : « Sur le plan empirique, la valeur qu'une personne attache à une fin donnée ne se mesure pas à ce qu'elle dit de sa préciosité, mais au soin qu'elle met à obtenir et à utiliser les moyens sans lesquels cette fin ne pourrait être atteinte. » Sans renoncer à l'espoir de l'indépendance — contrairement à ce qu'en pense Luc — elle n'aura plus l'élan émotionnel suffisant pour s'en donner les moyens. Il y a donc aussi chez elle un écart entre l'évaluation (explicite) et la valuation (par l'engagement dans le soin). Dans l'enquête, cet écart sera tranché par Luc au profit du jugement de valuation considéré comme le critère décisif. Quelque chose d'essentiel apparaît ici sur le rôle de l'émotion dans l'enquête : en faisant faire, elle fait advenir de nouvelles possibilités. C'est une connaissance en acte, sans avoir à passer par la cognition voire en pouvant la contredire (comme dans l'écart relevé ci-dessus) : elle indique ce qu'il y a lieu de faire et en donne l'énergie. Elle fait plus que signaler une valeur : elle l'actualise.

Une enquête au fil du soin pour ses différents protagonistes, dont la chercheuse

- 14 Il est temps, au terme de ce premier parcours, d'éclaircir les liens entre corps en acte, euphorie et langage réflexif dès lors que l'enquête se développe dans le cours du soin. Dans ce cas, le processus soignant débouche entre autres sur la découverte progressive des fins à poursuivre et des moyens à mettre en œuvre alors même que la situation initiale est incertaine. Chez Mme Landuyt et sa fille, nous avons vu ce processus à l'œuvre, entremêlant corps (é)mus et langage réflexif pour aboutir, dans l'euphorie, à la réalisation provisoire des fins-en-vue, c'est-à-dire à la fois advenues et connues comme telles par les protagonistes du soin.
- 15 Le plus souvent, c'est d'abord par une pratique incarnée d'où sourd l'émotion que débute la connaissance, donnant lieu dans un second temps à une élucidation réflexive, mais pas toujours : c'est parfois de façon prospective que le langage permet de porter l'imagination vers de nouveaux moyens ou des finalités encore à préciser. Le plus souvent aussi, on observe une convergence entre les actes, les émotions qui circulent dans l'inter-corps et leur élaboration réflexive, mais lorsqu'un écart a été observé, c'est l'investissement du corps de la personne soignée dans le processus de soin qui l'a emporté, et qui a déterminé, pour le professionnel, les finalités à poursuivre et les moyens à mettre en œuvre. Sans l'énergie performative de l'émotion, rien de neuf ne peut advenir. Conçu comme une enquête, le soin n'est pas de l'ordre d'une décision ou d'un choix rationnel déconnecté d'une expérience incarnée.
- 16 Quel rôle a joué l'émotion pour la chercheuse et pour sa quête visant à élucider dans quelle mesure le soin était pour ses protagonistes — en particulier ici pour

Mme Landuyt — une expérience ? C'est parce que j'ai été touchée par l'enthousiasme des personnes concernées par le soin, affectée par l'émotion circulant entre leurs corps et le mien, que j'ai fait le choix d'une présence régulière lors des soins de kiné de Mme Landuyt, et ce jusqu'à son décès. En cela, pour moi aussi l'émotion fut performative, elle m'amena à poser des actes que sans elle je n'aurais pas envisagés. Cette émotion partagée m'a permis d'être attentive à ce qui se passait du point de vue moral et politique qui m'occupait, sans pour autant pouvoir en expliciter la teneur avant longtemps. Elle m'a donc, à moi aussi, donné accès à une connaissance du soin. Cette émotion, c'est d'abord en tant que témoin (Genard, 2020 reprend le terme à D. Cefai) qu'elle m'a touchée, c'est-à-dire comme tiers moins directement concerné que ne le sont les protagonistes du soin si l'on considère la pratique soignante elle-même dans ses effets. Cette émotion, c'est aussi en tant que chercheuse, à mon propre compte, que je la ressens, bouleversée par la découverte d'une situation où la personne réputée « démente » est en mesure de faire une expérience du soin, c'est-à-dire de pouvoir activement contribuer à définir les finalités et les modalités du soin qui lui conviennent (« Je vais beaucoup mieux, ma tête aussi ») tout en contribuant au monde commun (à la manière dont Luc exerce son métier, dont sa fille va pouvoir vivre avec elle). Cette découverte a de quoi exalter la chercheuse que je suis, qui a consacré une grande partie de ses travaux aux démences. Dans ce contexte où les personnes atteintes de troubles cognitifs sont facilement disqualifiées, établir que les patient·es peuvent contribuer activement au processus de soin et y déployer leur individualité est un résultat significatif.

- 17 Si, chez les Landuyt, la valence du ressenti était fondamentalement positive d'où le fait que je ressortais souvent pleine d'énergie de la séance de kiné chez elles, il y eut bien sûr des situations et des moments beaucoup plus lourds où la dysphorie l'emportait face à des personnes soignées et/ou soignantes malmenées par le soin et ses conditions d'effectuation et le plus souvent, tout un nuancier d'émotions, le soin au domicile présentant de multiples facettes. Cette enquête où la sensibilité morale de la chercheuse est nécessaire pour révéler la présence ou l'absence de valeurs cardinales de l'expérience du soin a donc été émotionnellement éprouvante. Elle a soulevé aussi de difficiles questions éthiques lorsque l'émotion ressentie sur le vif se manifestait sans que je puisse la contenir, affectant au passage certain·es de mes interlocuteur·rices. Je repense ainsi à une séance de kiné pathétique chez une femme à un stade très avancé de la maladie d'Alzheimer et épuisée par une mauvaise nuit, que son kiné s'obstinait à « faire marcher » de grand matin sans que je puisse masquer ma sidération au grand dam du conjoint de la patiente, vraisemblablement blessé par mon émotion.
- 18 Dans ces quelques situations rencontrées au cours de mon enquête où ma sensibilité s'éloignait de celle de certains de ses protagonistes dominants (en l'occurrence, proches et parfois professionnel·les), d'autres problèmes éthiques sont apparus relatifs à l'opportunité de restituer mes analyses aux protagonistes concerné·es. Comment témoigner de mes doutes quant au bien-être dans le soin de la personne soignée, aux difficultés pour elle de faire valoir ses attentes à des proches ou des professionnel·les dont l'identité morale est partiellement au moins définie par leur engagement dans le souci d'autrui ? J'ai préféré alors ne pas transmettre mes observations, ce qui peut être considéré comme une forme de délicatesse ou comme une lâcheté, ôtant à mes interlocuteur·rices le droit de prendre connaissance des résultats de l'enquête qu'ils ont rendue possible.

- 19 Dans tous les autres cas, dont celui des Landuyt où j'étais alignée sur les émotions ressenties par les protagonistes, mon compte-rendu et son élaboration, s'ils constituaient une montée en généralité relativement à leurs interprétations, n'en restaient pas moins dans le prolongement de celles-ci, voire en leur « donnant plus de consistance » (Hennion & Vidal-Naquet, 2015), de nature à les conforter par mon témoignage.

Dans les collectifs soignants : une connaissance portée par des récits polyphoniques

- 20 Pour découvrir d'autres conditions d'élaboration du soin et donc d'autres articulations entre émotion et cognition, corps et langage, entrons sur une autre scène, celle des lieux à distance du soin qui rassemblent des professionnel·les sous différentes modalités (intervisions, groupes de parole et réunions d'équipe) en vue d'échanger à propos de leurs pratiques. Nous continuerons à nous focaliser sur les émotions positives, l'euphorie en particulier.
- 21 Commençons par un récit amené par Léontine, une soignante d'origine congolaise, lors d'une intervision. Mensuelle, cette réunion était animée par une infirmière ayant une formation complémentaire en soins palliatifs et en coaching. Elle rassemblait des infirmier·ères indépendant·es, en dehors de leur temps de travail et à l'initiative d'une organisation de coordination des soins avec la contribution financière des professionnel·les. Après un temps d'exercice « brise-glace », Léontine prend la parole pour partager une situation qui la préoccupe⁵ :

Ça s'est passé ce matin. La dame dont je viens faire la toilette était tombée devant sa porte, avec la clé à l'intérieur dans la serrure. Pas moyen d'entrer ! J'appelle la cousine de la dame (C'est une célibataire qui vivait avec sa mère. Quand sa maman est décédée, une cousine est apparue, pour des raisons d'argent. Elle m'a donné instruction de l'appeler en cas de problème). Elle me dit : « Surtout, il ne faut pas appeler la police, ni l'ambulance, ni le serrurier. Ça va coûter beaucoup trop cher : c'est une porte blindée ! » J'appelle la coordination qui me dit d'appeler la police. Je rappelle la cousine pour la prévenir que j'appelais la police. Elle hurle au téléphone. Du coup, j'appelle les ambulanciers qui par chance parviennent à ouvrir la porte. La dame était dans son urine, avec du sang. Je la lave, les ambulanciers voient qu'elle n'a pas de problème. Je rappelle la cousine. La seule chose qu'elle me demande c'est : « Il y aura des frais ? » [Le groupe rit]. Moi : « Pas dans l'immédiat ». [nouveaux rires]. La cousine ne voulait pas appeler le médecin. Je lui ai dit de le faire sinon je le ferais moi-même ce soir. [Léontine passe matin et soir pour le lever et le coucher de la dame ainsi que la prise des médicaments].
(Notes prises lors d'une séance d'intervision, Bruxelles, janvier 2013)

- 22 Après ce récit vient un temps d'élaboration réflexive du groupe qui tourne, comme dans le récit initial, autour de Léontine et de la cousine, la première étant tiraillée entre son souci de prendre soin de la personne tombée derrière la porte, des autres patient·es qui l'attendent et des exigences de la cousine. L'animatrice posera bien l'une ou l'autre question à propos de la patiente, mais on n'en apprendra pas grand-chose. Le groupe cherche ensuite des idées de solutions et différentes propositions sont faites : demander au service de coordination d'intervenir auprès de la cousine ? Chercher l'appui d'autres soignantes pour intervenir dans cette situation et ne plus être seule

infirmière à l'assumer ? Clarifier avec la cousine les conditions dans lesquelles Léontine accepte de continuer sa mission ? Sollicitée pour ce faire, Léontine ne choisira pas entre ces différentes pistes : « Je garde dans mon cœur ce qui a été dit. » Curieusement, alors que rien de très clair ne ressort des réflexions collectives ni en termes de perception de la situation ni en termes de solutions, le groupe ressort enthousiaste, comme regonflé par la séance : les soignant·es restent longuement pour bavarder de façon légère, joyeuse, Léontine elle-même semble soulagée. Je vis avec le groupe ce sentiment d'euphorie sans en comprendre le ressort. Alors que je m'en ouvre à l'animatrice, elle partage la même intensité émotionnelle et la même perplexité. Nous voilà à nouveau face à une émotion vive sans que sa source ne puisse être d'emblée élucidée. Le mystère va s'éclaircir lors de la séance suivante. Vu qu'en apparence au moins, le groupe semblait ne pas avoir beaucoup aidé Léontine à faire face à la situation qu'elle avait amenée, l'animatrice lui propose en début de réunion de dire si et comment les choses ont évolué avec sa patiente et la cousine de celle-ci. Léontine raconte :

Parce qu'on en a parlé il y a deux mois, j'ai pris du recul et j'ai voulu comprendre ce qui se passait. La cousine lui apporte des bouteilles d'alcool. Comme madame aime boire son verre et qu'elle est désorientée, elle boit plus qu'un verre. Je l'ai retrouvée parfois dans son urine et son vomi. Quand elle est tombée il y a deux mois, c'est sans doute qu'elle avait bu. Maintenant, je m'approche d'elle pour sentir son haleine. [...] J'ai parlé à la cousine, je lui ai dit : « À 90 ans, on ne va pas la sevrer. Mais il faut amener moins de bouteilles. » Quand le matin, elle avait déjà bu une demi-bouteille de Martini et qu'elle voulait qu'on lui ouvre une bouteille de bière, elle était très violente quand on refusait.

(Notes prises en séance d'interview, Bruxelles, mars 2013)

- 23 Nous ferons l'hypothèse qu'au-delà du fait d'avoir échangé à propos de la situation amenée par Léontine — on l'a dit, ces échanges ne semblaient pas avoir débouché sur une vision très claire — c'est l'euphorie dégagée par la rencontre qui a donné à Léontine l'énergie pour affiner sa connaissance de la situation qui la met en difficulté, ce qui va passer par un effort pour bien la percevoir : s'approcher de sa patiente pour sentir son haleine, compter les bouteilles amenées par la cousine, etc. *Percevoir* n'est pas à entendre ici dans un sens passif, mais bien actif, supposant des mouvements, une intervention sur l'environnement pour pouvoir être effective (Quéré, 2018). Or, il faut souligner avec S. Chavel (2012) et d'autres philosophes d'inspiration aristotélicienne⁶, l'importance d'une perception ajustée pour la vie morale. Pour bien faire, il faut bien percevoir, avec tous ses sens, mais aussi sa sensibilité, attentive à ce qui compte : qu'est-ce qui explique la chute de la patiente de Léontine ? Puisque la consommation d'alcool est vraisemblablement en cause, quel volume de consommation constitue-t-il un problème ? Dans la perspective pragmatiste qui est la sienne (et aussi la nôtre), S. Chavel souligne que la perception intègre des faits et des valeurs qui sont « enchevêtrés » (Putnam cité par Chavel, 2012, p. 36). D'où l'importance de recourir aux sens, mais aussi à la sensibilité qui permet une perception ajustée aux situations de soin, cette perception incluant un jugement. La question n'est pas dès lors de « *ne pas juger* » (précepte souvent entendu dans ce type de réunion) — puisque la perception intègre nécessairement un jugement — mais de le faire avec soin. Il y va à la fois d'une justesse anthropologique, reconnaissant le caractère sensible des êtres humains que nous sommes et dès lors d'une justesse épistémologique qui suppose de quitter le rationalisme ambiant et son idéal du spectateur désengagé pour admettre la nécessité

d'une forme de partialité, de proximité affective de nature à rendre possible un jugement moral pertinent. On retrouve bien ici « la voix différente » qu'appelle à reconnaître C. Gilligan (1982), voix du sujet moral engagé dans une responsabilité à l'égard de lui-même et d'autrui. Pour connaître le soin et ce qu'exige sa pratique, l'émotion est donc indispensable pour accéder aux faits et aux valeurs qui comptent.

- 24 Ayant aiguisé sa perception, Léontine va agir, entre autres en demandant à la cousine de réduire l'approvisionnement en alcool de sa patiente. Lorsqu'à la séance suivante l'animatrice lui demande à nouveau des nouvelles, Léontine nous apprend que la consommation d'alcool de celle-ci a été diminuée par deux et qu'elle-même n'a plus peur d'y aller. Les échanges et l'euphorie de la première séance ont permis à Léontine de mener l'enquête, celle-ci débouchant sur une expérience du soin au sens où l'entend J. Dewey : la soignante a modifié son environnement d'une façon qui lui permet de renouer sereinement avec son engagement à aider sa patiente. Comme chaque fois qu'il s'agit d'une expérience, c'est à la fois son individuation qui se trouve renforcée (ici dans son rôle professionnel), mais aussi sa contribution au monde commun (via l'effet sur sa patiente). C'est aussi le caractère performatif de l'euphorie que nous retrouvons ici : elle fait faire. Nous sommes ici au cœur de la perspective de l'émotion proposée par J. Dewey : loin d'être d'abord de l'ordre d'une expression subjective, elle permet une transaction modifiée avec l'environnement, elle est un travail (Quéré, 2018).

Atouts et limites du récit comme mode de connaissance du soin

- 25 À la différence du processus soignant observé chez Mme Landuyt où les corps sensibles et agissants étaient les premiers vecteurs d'accès à l'expérience du soin, c'est ici par un récit qui s'enrichit progressivement des contributions de chacune que Léontine découvre ce qui se passe dans la situation qui la préoccupe. Le récit permet de rendre compte de la singularité de la situation dans laquelle Léontine est engagée, avec les détails qui en dessinent pour elle la spécificité. Il donne à entendre son expérience sensible en permettant à ses interlocuteur·rices d'y accéder en dépit de leurs différences ([Young, 2010, p. 323]). Il permet enfin, toujours selon I. Young, de communiquer l'importance des valeurs de la locutrice dans le contexte de la situation rapportée. Or, on l'a rappelé plus haut, la perception morale entremêlant faits et valeurs, il est important que les uns et les autres transparaissent dans le mode de compte-rendu choisi, ce que permet le récit de soins. Comment agit-il et sur qui ? Le savoir nous permettra d'éclairer ce qui est resté obscur : l'enthousiasme généré par la première séance en dépit de son issue apparemment peu convaincante. Pour ce faire, nous transposerons aux récits de pratiques soignantes les analyses élaborées à propos des récits fictionnels, étudiés pour leur contribution à la vie morale et leurs manières d'agir sur la communauté de réception qui y accède.
- 26 Selon J.-M. Schaeffer (1999), l'immersion dans la fiction donne accès à des façons de faire, de sentir et d'être (celles des personnages auxquels l'auditeur·rice s'identifie) qui peuvent renouveler les siennes, les déplacer en partie et contribuer ainsi à construire son identité morale. Cet effet du récit agit par des processus attentionnels complexes, mais sans passer par l'abstraction. Il ne s'agit pas d'opposer la raison à l'émotion ni même de les articuler, mais bien de les considérer comme deux formes d'opérations cognitives, l'une globale et ancrée dans les affects, l'autre abstraite et fondée sur le calcul. Ce serait ainsi par immersion dans le récit que Léontine, qui pourtant sort de la

première séance sans avoir trouvé de solution à son problème, a senti la nécessité de percevoir avec plus d'attention ce qui se passait chez sa patiente. L'euphorie serait ainsi le signe de ce que le groupe pressent sans pouvoir l'explicitier : quelque chose s'est mis en route vers la résolution de la difficulté rencontrée, un peu comme dans le jeu enfantin « ça chauffe », énoncé lorsque l'on se rapproche de l'objet cherché. La réponse de Léontine à la question de savoir quelle solution elle retient de la première séance (« Je garde dans mon cœur ce qui a été dit ») s'inscrit clairement dans ce registre d'un apprentissage non analytique, émotionnel, ne permettant pas nécessairement une explicitation tout en étant effectif comme la suite l'a montré. Du côté du groupe des participant·es également apparaît cette dimension émotionnelle de la transmission par le récit, comme l'indiquent les rires lors du récit initial ou l'enthousiasme collectif à la fin de la première séance. Notons néanmoins qu'à la différence des dispositifs fictionnels étudiés par J.-M. Schaeffer, le groupe n'est pas seulement une communauté de réception du récit⁸. Après une première écoute, il intervient activement par ses questions et ses commentaires pour le compléter. On est donc plus dans une co-construction que dans la seule réception, ce qui est davantage encore le cas dans les réunions d'équipe qui rassemblent des soignant·es intervenant dans la même situation et donc la connaissant de première main (ce qui n'est pas le cas dans cette réunion d'intervision). Dès lors, si le groupe partage l'émotion suscitée par le récit de Léontine et son élaboration collective, c'est qu'il est partie prenante de celle-ci. En allant plus loin dans le sens de l'analyse de J. Dewey, on peut dire de l'émotion qu'elle est « distribuée sur l'organisme et sur l'environnement : elle est à la fois dans l'organisme et dans l'environnement » (Quéré, 2018, p. 26). Elle n'est pas seulement un sentiment subjectif, mais renvoie à une propriété objective de l'environnement. Par le récit et le travail collectif qui s'en est suivi, un environnement propice à la remise en mouvement de Léontine s'est constitué qui est perçu par le groupe dont l'humeur s'en trouve affectée.

- 27 Par le récit de pratique, une immersion à distance des situations de soin est donc possible qui permet une élaboration morale collective de leur portée, centrale pour découvrir la mesure dans laquelle et les moyens par lesquels le soin peut être une expérience pour ses protagonistes.
- 28 Si l'on a jusqu'ici mis en lumière la contribution du récit à l'appréhension du soin en tant qu'expérience, il est temps d'en pointer les limites : centré par définition sur une situation singulière, il ne donne pas d'emblée accès à ce qui relève de niveaux d'observation méso ou macrosociaux. Or, cet élargissement de la perspective au-delà de ce qui est directement observable sur la scène du soin permettrait à ses protagonistes d'agir sur une portion plus large de leur environnement d'où un renforcement de leur expérience du soin. Bien sûr, même si le récit n'y donne pas directement accès, rien ne devrait empêcher qu'à partir de lui cet élargissement de son cadre soit projeté. Nous ne développerons pas plus avant ici ces questions qui nous éloigneraient de notre propos principal.

Pour la chercheuse : un engagement émotionnel allégé, une posture modeste à assumer

- 29 Le poids émotionnel de mon engagement ethnographique s'est révélé moins lourd dans ces réunions de professionnel·les qu'au domicile, n'étant plus seule en prise directe

avec le soin et ses protagonistes, mais partie prenante d'un collectif réfléchissant avec un recul à la fois spatio-temporel et narratif. Ce qui vaut pour la chercheuse vaut aussi pour les participant·es de ces réunions : l'apprentissage moral s'y fait à moindre coût que dans le vif de la vie au domicile, l'émotion y étant bien présente, mais d'emblée médiatisée par les mots et décantée par le collectif.

- 30 Ma posture sur le terrain a varié selon le type de lieu d'échange : alors qu'en réunion d'équipe et dans le groupe de parole, j'étais une observatrice prenant des notes (autre moyen de mise à distance de l'émotion que je n'ai jamais utilisé au domicile), au cours de l'intervision infirmière (dont est issu le récit de Léontine), l'animatrice m'avait demandé de participer comme les autres à l'échange autour des situations amenées. En relisant ensuite mes notes, j'ai été étonnée de voir à quel point mes interventions se fondaient dans celles des autres participant·es (sans rien apporter de spécifiquement pertinent, ai-je bien dû admettre avec une pointe de dépit). Paradoxalement, dès lors, le fait de participer activement avec les autres membres du groupe a banalisé ma présence tout en me faisant toucher du doigt le fait qu'immergée dans les échanges, mes longues années de recherche sur le soin ne me donnaient aucune clairvoyance particulière, ce qui est bien le propre de l'immersion comme mode global d'accès au savoir.
- 31 La restitution⁹ de mon analyse à l'ensemble des cheffes d'équipe de l'organisation où ont eu lieu 11 des 19 réunions d'équipe auxquelles j'ai participé m'a éclairée quant au statut de mes récits ethnographiques, sources de mes interprétations. Après que j'ai présenté trois passages de réunion montrant le travail d'élaboration morale qui y était mené, une des cheffes se mit à raconter une histoire qui lui était arrivée le matin même chez une bénéficiaire où apparaissait une nouvelle déclinaison du travail d'élaboration morale que j'avais mis en évidence, sans entrer dans le débat d'idée comme je m'y attendais. Je n'ai pas saisi tout de suite que le récit ethnographique pouvait fonctionner comme les récits de pratique, permettant une compréhension dans laquelle le sensible et le particulier restaient présents et appelant d'autres récits, non le débat à propos de la montée en généralité proposée¹⁰. Le récit de la professionnelle prolonge alors l'analyse proposée, la fait varier. Il entre en résonance avec celle-ci plutôt que d'entrer dans le régime de la discussion à coups d'arguments¹¹. J'ai fait la même expérience désarçonnante pour l'intellectuelle que je suis lors d'autres moments de restitution de mon enquête. Cette modalité d'élaboration réflexive invite la chercheuse à une posture modeste, sa contribution conceptuelle étant rattrapée par les récits singuliers, un fil parmi les autres du tissu réflexif.

Conclusion : deux modes de connaissance du soin, un même positionnement épistémologique de la chercheuse

- 32 Nous avons questionné le rôle joué par l'euphorie dans le cadre d'une enquête qui visait à connaître le soin sous une de ses facettes, celle de l'expérience (entendue au sens de J. Dewey), c'est-à-dire, en tant qu'il peut permettre à chacun·e de ses protagonistes, soigné·e ou soignant·e, d'y faire une différence favorable à sa vie et à celle de son environnement. Dès lors, chaque fois qu'il a été question de « connaissance du soin », c'est dans cette perspective normative singulière où se rencontrent les valeurs de

l'individuation et de la démocratisation pensée comme mode de vie, ici au cœur du soin. Cet article a examiné en particulier comment, dans deux contextes différents, l'un dans le face-à-face du soin en nous centrant sur l'expérience de la personne soignée, l'autre dans des collectifs soignants questionnant leur pratique de soin par le récit, se constitue une connaissance du soin. Circulons de l'un à l'autre de ces deux contextes pour avancer encore dans l'élucidation de la place qu'y occupent les articulations entre corps et langage, émotion et cognition.

- 33 Dans chaque contexte, nous avons identifié deux mouvements dans le processus de connaissance du soin, le premier en constituant la source essentielle, le second relevant de sa reprise par le langage réflexif. Revenons au premier de ces mouvements. Dans les situations de soin, il est constitué d'un inter-corps où circulent actions et émotions ; dans les collectifs soignants, d'un récit co-construit par les soignant·es. D'un côté des corps qui agissent et communiquent, de l'autre des récits polyphoniques. Les travaux de J.-M. Schaeffer utilisés pour comprendre la forme de connaissance produite par les récits vont nous permettre d'éclairer en retour la contribution cognitive de l'inter-corps. Nous avons considéré que les récits donnent accès à une connaissance globale, par immersion dans la perception de faits et de valeurs mis en récit par un sujet sensible et affectant ses auditeur·rices. Ce mode de connaissance par immersion défait la distinction classique entre cognition et émotion : il s'agit bien de connaître, mais sans passer par l'abstraction, et sans pouvoir se prêter d'emblée à une élucidation tout en ayant des effets tangibles, Léontine nous a permis de l'envisager. De la même façon, nous considérerons que l'inter-corps des situations de soin donne accès lui aussi à une connaissance globale du soin, par immersion, tout aussi efficiente — par exemple lorsqu'elle fait marcher Mme Landuyt — sans pour autant, elle non plus, être directement formulable¹². Ces premiers mouvements de la connaissance du soin, distincts par leurs moyens et leurs contextes, s'avèreraient donc reposer sur un même mécanisme de connaissance globale par immersion, où interviennent de façon indistincte cognition et émotion. L'inter-corps ne peut en effet être réduit à l'émotion ni le langage (du récit) à la cognition : corps et récit défont cette partition classique¹³. Ce faisant, nous pouvons à bon droit insister sur le caractère essentiel pour la connaissance de chacun des premiers mouvements mis en évidence dans nos deux contextes : la connaissance n'attend pas le second mouvement réflexif pour éclore, elle est déjà là dans l'inter-corps du soin ou lors de son récit. Et le second mouvement, pour conduire effectivement au savoir, se doit de rester proche de l'émotion vécue ou racontée, on l'a vu dans l'euphorie explicitée par Luc ou l'enthousiasme énoncé par l'animatrice d'un des groupes. Enfin, relevons le caractère intersubjectif du premier mouvement de la connaissance dans nos deux contextes : le sujet du savoir n'est pas un individu isolé, mais au moins deux personnes en relation dans le temps du soin, voire un collectif dans les réunions de soignantes observées. Cette intersubjectivité manifeste deux particularités du soin : être une action qui relie, par le geste même du soin et engager des valeurs par définition collectives. Dès lors, accéder à la connaissance du soin, tant pour ses acteur·ices que pour les chercheur·es, suppose cette intersubjectivité et cette exposition émotionnelle si la connaissance veut rester au plus près de ces caractéristiques du soin.
- 34 Dans la perspective adoptée appréhendant le soin sous l'angle de l'expérience, l'euphorie occupe une place singulière : présente dans l'inter-corps ou émergeant de l'échange de récits, premier mouvement de la connaissance du soin, elle est le moteur

de l'action par sa puissance performatrice ; énoncée par le langage réflexif, elle acte la réalisation d'une fin-en-vue qui gratifie le sujet d'une vie plus intense à laquelle il a contribué. Elle signe l'aboutissement provisoire de l'enquête.

- 35 Un même positionnement épistémologique a caractérisé mon travail d'élucidation des deux contextes parcourus, cherchant à situer le sens au plus près de la sensibilité de toutes les personnes concernées, dont la mienne, par le biais d'un récit ethnographique. J.-L. Genard (2020) redoute que l'interprétation sociologique objectivante, en troisième personne, affaiblisse « l'intelligibilité phénoménologique de l'émotion » qui ne se donne qu'en première personne. Trois balises guidant mon travail circonscrivent, me semble-t-il, ce danger. Le « je » de l'ethnographe y est resté très présent, dans le récit bien sûr, mais aussi dans son interprétation, l'émotion vécue étant reconnue pour la chercheuse aussi comme mode de connaissance, orientant le déroulé de l'enquête sans prétention à l'objectivation. Le cadre interprétatif retenu¹⁴ — penser le soin comme expérience au sens où l'entend J. Dewey — donne à l'émotion une place substantielle au niveau du jugement de valuation et comme indicateur de l'aboutissement de l'enquête, on y a insisté par le rôle reconnu de l'euphorie. Dès lors, loin d'écraser l'émotion sous le poids des concepts, ces concepts exhalent son sens et ses conséquences. Enfin, assumer une posture modeste, sans prétention à l'éclat de la rupture ou à l'achèvement de l'explication favorise un retour aux récits singuliers et aux émotions qui les habitent. À la lectrice et au lecteur de juger si ces repères conjugués ont permis de rester au plus près des émotions et de l'euphorie comme mode de connaissance du soin.

BIBLIOGRAPHIE

Chavel, S. (2012). *Se mettre à la place d'autrui. L'imagination morale*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Deladalle, G. (1967). *L'Idée d'expérience dans la philosophie de John Dewey*. Paris : PUF.

Despret, V. & Strivay, L. (2010). Corps et âme. Passionnément. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3163>

Dewey, J. (1993 [1936]). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris : PUF.

Dewey, J. (2012 [1925]). *Expérience et nature*. Paris : Gallimard.

Genard, J.-L. (2020). Une sociologie des émotions “modo aesthetico” ? Dans L. Kaufmann & L. Quéré (dir.). *Les émotions collectives : En quête d'un objet impossible* (pp. 171-203). Paris : EHESS.

Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press.

Hennion, A. & Vidal-Naquet, P. (2015). La contrainte est-elle compatible avec le *care* ? Le cas de l'aide et du soin à domicile. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 9, 207-221.

- Laugier, S. (2005). *Care et perception. L'éthique comme attention au particulier*. Dans P. Paperman & S. Laugier (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 317-348). Paris : EHESS.
- Livet, P. (2002). *Émotions et rationalité morale*. Paris : PUF.
- Nussbaum, M. (2010). *La connaissance de l'amour*. Paris : Les éditions du Cerf.
- Okin, S. M. (2005). Raison et sentiment dans la réflexion sur la justice. Dans P. Paperman & S. Laugier (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 101-126). Paris : EHESS.
- Quéré, L. (2018). L'émotion comme facteur de complétude et d'unité dans l'expérience. La théorie de l'émotion de John Dewey. *Pragmata*. https://revuepragmata.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/09/pragmata-2018-1_quere.pdf
- Rigaux, N. (2022). *Au fil du soin. L'expérience des personnes « démentes » vivant au domicile, de leurs proches et des professionnel-le-s*. Bruxelles : Peter Lang.
- Schaeffer, J.-M. (1999). *Pourquoi la fiction*. Paris : Seuil.
- Sennett, R. (2018). *Building and Dwelling. Ethics for the city*. London: Penguin.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York, London: Routledge.
- Tronto, J. (1998). An Ethic of Care. *Generations*, 22(3), 15–20.
- Young, I. (2010). Communication et altérité. Dans C. Girard & A. Le Goff (dir.), *La démocratie délibérative* (pp. 293-326). Paris : Hermann.

NOTES

1. Cette vignette, comme toutes celles proposées dans la première partie de l'article, est extraite de mon journal de terrain. J'y relate mes temps de présence au domicile de personnes « démentes » lorsque de l'aide et des soins sont reçus et donnés (par des proches ou des professionnel·les, aide-ménagères, aide-familiales, infirmier·ères ou kiné). Ces temps étaient chaque fois convenus au préalable avec les différent·es protagonistes du soin. Les vignettes proposées dans la seconde partie de l'article restituent les notes prises au vol pendant les réunions de professionnel·les auxquelles j'ai participé durant l'enquête.
2. L'analyse que j'effectue dans cette première partie du cas de Mme Landuyt est étayée par de nombreuses données. En effet, j'ai assisté à dix séances de kiné (d'une durée de trente minutes environ), se prolongeant par un temps de conversation avec Mme Landuyt et sa fille Lauranne lorsque celle-ci a pris sa retraite entre le 6 septembre 2011 et le 16 avril 2015 et mené trois entretiens en septembre 2011 (avec Mme Landuyt, sa fille et Luc le kiné). J'ai participé à une réunion de l'équipe infirmière et donné de multiples coups de fil à Lauranne et Luc (pour arranger des moments de rendez-vous, prendre des nouvelles ou poser des questions à propos de la séance passée). J'ai transmis le compte-rendu de mes observations et de mes analyses à Lauranne (avec laquelle j'ai eu ensuite un rendez-vous à ce propos) et Luc après la mort de Mme Landuyt.
3. Ce médicament est prescrit pour contrôler les symptômes de la maladie d'Alzheimer. Nous ne traiterons pas dans cet article des questions que pose cet hypothétique diagnostic.
4. Alors que je m'étonne auprès de Luc de ce jugement, il considère comme moi qu'il n'y a pas à proprement parler d'évolution objective de la mobilité de sa patiente : l'euphorie permet de voir autrement et de prendre d'autres risques.

5. J'ai participé aux trois réunions successives de janvier à avril 2013 de trois heures chacune avant que le dispositif ne soit interrompu, faute de moyens. J'ai restitué mes premières analyses à la coach et à la responsable de l'organisation de coordination.
 6. On peut penser bien sûr aux éthiciennes du *care* (Laugier, 2005 ou par exemple à Nussbaum, 2010).
 7. C'est dans le contexte de sa réflexion sur d'autres modalités de contribution à la délibération démocratique qu'elle propose les salutations, la rhétorique et pour ce qui nous intéresse ici, le récit, comme formes plus égalitaires de participation.
 8. Même s'il insiste sur le caractère actif de la réception, une transaction s'opérant entre le texte et son ou sa lecteur•rice, le texte même est bien au départ le produit de son auteur•e dans le cas des fictions.
 9. Son compte-rendu peut être trouvé sur le site (<https://www.aufildusoin.be/>) qui rassemble un ensemble de récits de soin liés à mon enquête, mais aussi à la pratique d'autres chercheur•es et professionnel•les du soin. L'idée à l'origine du site est que le récit de soin, comme on vient de le développer, est un moyen utile pour élaborer une connaissance morale et politique du soin.
 10. Considérer les réunions d'équipe comme des temps d'élaboration morale et politique du soin ne coïncide pas avec la façon dont elles sont pensées par les organisations de soin, qui les voient comme des temps de coordination, de décisions concrètes à prendre et de renforcement de l'équipe.
 11. On retrouve à cet égard la façon dont Young (2010) envisage la « démocratie communicative » comme échange de récits, où le sensible est toujours présent sans empêcher la réflexivité.
 12. Par cette proposition, je refais en sens inverse le chemin de pensée proposé par J.-M. Schaeffer. Celui-ci montre que la connaissance est produite non seulement par confrontation à la réalité mais aussi au récit fictionnel ; pour ma part, je pars du récit de soin pour revenir au temps de soin lui-même en montrant comment l'immersion permet là aussi d'accéder à la connaissance.
 13. L'analyse de mes récits ethnographiques rejoint bien sûr d'autres travaux mettant en cause les dualismes corps/langage et émotion/raison (par exemple Laugier, 2005 ; Okin, 2005 ou Despret & Strivay, 2010).
 14. D'autres courants dont je me sens proche font eux aussi la part belle aux émotions comme mode de connaissance, à leur enchevêtrement à la raison et à leur importance pour la vie morale, par exemple l'éthique du *care* (Laugier, 2005 ; Okin, 2005).
-

RÉSUMÉS

Au départ d'une enquête ethnographique menée pendant sept années (de 2011 à 2018) sur l'aide à domicile à l'endroit de personnes démentes, nous suivrons le fil de l'euphorie afin d'explorer, dans une perspective pragmatiste, comment émotion et cognition, corps et langage, sous une modalité réflexive ou narrative, s'entremêlent pour permettre une connaissance du soin envisagé comme « expérience » au sens où l'entend J. Dewey. Deux contextes bien distincts permettront de dégager deux modes de production de la connaissance du soin : le premier porte sur des temps de soins donnés et reçus que nous examinerons en nous focalisant sur l'expérience de la personne soignée, le second concerne des moments où les soignant•es élaborent leur pratique et ses difficultés à distance du soin (réunions d'équipe, groupes de parole, intervision).

Based on an ethnographic study conducted over seven years (from 2011 to 2018) on home care for people with dementia, we will follow the thread of euphoria in order to explore, from a pragmatist perspective, how emotion and cognition, body and language, in a reflexive or narrative mode, intertwine to enable knowledge of care envisaged as an "experience" in the sense in which J. Dewey understands it. Two very distinct contexts will enable us to identify two modes of producing knowledge about care: the first relates to times when care is given and received, which we will examine by focusing on the experience of the person being cared for; the second concerns moments when carers elaborate on their practice and its difficulties at a distance from care (team meetings, discussion groups, intervision).

A partir de un estudio etnográfico realizado a lo largo de siete años (de 2011 a 2018) sobre la ayuda a domicilio a personas con demencia, seguiremos el hilo de la euforia para explorar, desde una perspectiva pragmatista, cómo emoción y cognición, cuerpo y lenguaje, de modo reflexivo o narrativo, se entrecruzan para posibilitar un conocimiento del cuidado concebido como "experiencia" en el sentido en que lo entiende J. Dewey. Dos contextos muy distintos nos permitirán identificar dos modos de producción de conocimiento sobre los cuidados : el primero se refiere a los momentos en que se dan y reciben cuidados, que examinaremos centrándonos en la experiencia de la persona cuidada ; el segundo se refiere a los momentos en que los cuidadores elaboran su práctica y sus dificultades a distancia de los cuidados (reuniones de equipo, grupos de discusión, intervisión).

Ausgehend von einer siebenjährigen ethnografischen Untersuchung (2011-2018) über die häusliche Pflege von dementen Menschen folgen wir dem Faden der Euphorie, um aus einer pragmatistischen Perspektive zu erkunden, wie sich Emotionen und Kognitionen, Körper und Sprache in einer reflexiven oder narrativen Modalität vermischen, um ein Wissen über die Pflege zu ermöglichen, die als „Erfahrung“ im Sinne von J. Dewey betrachtet wird. Zwei sehr unterschiedliche Kontexte ermöglichen es, zwei Arten der Produktion von Wissen über die Pflege herauszuarbeiten: Die erste bezieht sich auf Zeiten der gegebenen und erhaltenen Pflege, die wir untersuchen, indem wir uns auf die Erfahrung der gepflegten Person konzentrieren, die zweite betrifft Momente, in denen die Pflegerinnen und Pfleger ihre Praxis und ihre Schwierigkeiten aus der Distanz der Pflege heraus entwickeln (Teamsitzungen, Gesprächsgruppen, Intervision).

INDEX

Keywords : care, dementia, Dewey(John), emotion, euphoria

Schlüsselwörter : Pflege, Demenz, Dewey(John), Emotion, Euphorie

Mots-clés : soin, démence, Dewey(John), émotion, euphorie

Palabras claves : cuidados, demencia, Dewey(John), emoción, euforia

AUTEUR

NATALIE RIGAUX

Professeure de sociologie à l'UNamur et membre de l'institut Transitions. Elle a consacré une partie importante de ses recherches aux questions épistémologiques, morales et politiques du soin dans le champ particulier des démences (maladie d'Alzheimer et troubles apparentés).

ORCID : 0000-0003-1393-5748

Adresse : UNamur, EMCP, 8 rempart de la vierge, BE-5000 Namur (Belgique)

Courriel : [Nathalie.rigaux\[at\]unamur.be](mailto:Nathalie.rigaux[at]unamur.be)