

**F.BASTIANI**

**(Enseignant-Chercheur, Philosophe, UTJJ)**

Le temps de l’usager, le temps des proches et le temps des soignants

Définition en une ligne des 3 mots clefs : normativité ; diachronie ; rythme.

Malgré l’impression que donne le titre, ce que je voudrais montrer n’est pas qu’il y a un temps catégorisable, un temps différent pour chaque rôle. Ce que je voudrais montrer plutôt c’est pourquoi la dimension temporelle est à mon sens cruciale pour comprendre à la fois nos relations, les limites de nos relations, et aussi leurs potentialités. Pour commencer, et avant parler véritablement de la temporalité, je souhaiterais faire un détour en évoquant la question de la norme.

**Norme**

En général, on comprend le questionnement sur la norme comme le fait de se demande ce qui est normal et ce qui est anormal – on se questionne sur le sain et le malade, mais surtout sur ce qui les sépare – c’est-à-dire, selon les approches, soit une différence qualitative soit une différence quantitative.

En France, il y a eu un grand événement en 1800 qui a contribué à mettre en lumière cette question : il s’agit de la découverte de **Victor de l’Aveyron**. Victor, qui a été surnommé « l’enfant sauvage », a été découvert errant dans les bois de Lacaune par des villageois qui se sont chargés de l’attraper. Cet enfant a suscité une grande curiosité dans le milieu intellectuel. Son observation a fait office d’incursion dans l’ethnologie. Et les récits de l’époque marquent une indécision : soit l’enfant était considéré comme souffrant du manque de socialisation, soit on faisait l’hypothèse d’un défaut de normalité mentale. Selon la version, ou l’interprétation, c’était soit la maladie mentale soit l’absence de vie sociale qui le rendait « sauvage ».

Une discussion s’est engagée entre Jean Itard et Philippe Pinel, afin de déterminer les rapprochements et les différences qui pouvait être faits entre l’enfant sauvage et les enfants soignés dans le service de psychiatrie de Pinel. Dans tous les cas, la socialisation est alors considérée comme la norme et l’absence de codes sociaux était considérée comme une source de « sauvagerie » et donc d’anormalité, quelle que soit la cause première.

Un siècle après le débat sur Victor de l’Aveyron, **Georges Canguilhem** propose une autre compréhension de la norme. Notamment dans son ouvrage Le normal et le pathologique. Il ne parle plus seulement de normalité mais aussi de normativité. Il décrit ainsi un système qui fait intervenir le sujet malade et son vécu, la normalité étant selon lui personnelle. Le sujet est lui-même considéré comme apte à repérer ce qui est normal ou non (normalité), mais il est aussi capable de faire évoluer ses propres critères au cours de sa vie et de sa relation avec son environnement ou son milieu. Et c’est cette capacité que Canguilhem nomme **normativité**.

Il lie de manière radicale la normalité au ressenti, au vécu, afin de séparer la norme objective, celle que décrit la médecine ou le dogme sociétal, de ce qui paraît normal pour un individu.

**La normativité c’est donc la capacité à changer de norme**. Introduire cette idée permet d’aborder l’individu comme une dynamique autonome, capable de poser sa propre norme individuelle sans recours à des données objectives extérieures à son système. Le modèle psycho-social de Canguilhem rompt avec le modèle biomédical, qui se référait la moyenne des données biologiques pour définir la normalité. Donc avant le modèle psycho-social, la norme c’était la moyenne, alors qu’avec ce nouveau modèle c’est la relation entre la santé, la maladie et l’individu qui devient centrale.

Ce modèle intègre l’individu, sa propre évaluation et **sa capacité à modifier ce qu’il perçoit comme normal en fonction de son évolution individuelle**. La santé est donc considérée pour elle-même, et plus uniquement en l’opposant à la maladie.

Sur la base de cette normativité, l’état de santé est décrit en tant qu’adaptation et renouvellement des normes en fonction de la relation avec le milieu.

Pour Canguilhem, **l’état de santé** n’est donc pas un état moyen, ou un état sans maladie. Il propose une vision évolutive où la santé existe pour elle-même, comme un critère fondé par l’individu.

La thèse défendue par Canguilhem est suffisamment importante pour que ce soit à partir de sa terminologie que l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pose sa définition de la santé en 1946 : « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ».

Canguilhem propose de voir autrement ce que nous appelons la maladie : il propose de la voir comme un état de transition vers une nouvelle norme. Cet état de transition vers une nouvelle normalité ne permet plus de considérer la maladie comme un écart par rapport à un état moyen, et donc à considérer que la maladie doit être traitée pour revenir à cette moyenne. La corporéité individuelle n’est plus un milieu fixe dont il faut maintenir l’équilibre constant pour être dans la santé, et la maladie n’est plus le déséquilibre qui doit être contenu et contraint pour retourner à une normalité objectivement déterminée.

Finalement Canguilhem permet de rétablir la valeur du vécu par rapport à la valeur de l’analyse purement biologique. La santé, avec Canguilhem, devient un phénomène culturel et surtout individuel.

**Temps**

Pourquoi parler de la norme avant de parler de la temporalité et des relations ? En fait si on suit la proposition de Canguilhem, on peut sentir à quel point l’état de santé est lié directement à une certaine modalité de temps : cette modalité temporelle est **celle qui permet au temps de passer**.

Penser que la norme peut évoluer, et notamment la norme dans le domaine de la santé, signifie qu’on prenne en compte la dimension temporelle. En effet, **on ne peut constater une évolution que dans le temps**.

On pourrait comprendre l’idée de normativité de Canguilhem comme une adaptation aux différents âges de la vie : lorsque j’ai 10 ans, je n’ai pas les mêmes capacités physiques qu’à 30 ans, ou encore qu’à 80 ans. Pourtant, toutes les personnes de 10 ans, de 30 ans ou de 80 ans, n’ont pas non plus les mêmes capacités en fonction de leur histoire personnelle.

Parler du temps c’est en même temps parler de ce corps qui évolue, qui change avec le temps, et parler de la narration que je suis capable de faire à partir de ma propre vie.

Pour le dire autrement, l’importance du temps vient à la fois de son implication dans la vie biologique et dans l’expérience personnelle.

Comment le sujet sait-il qui il est ? Notamment en se racontant. C’est-à-dire en pensant son existence avec des étapes, des moments marquants. C’est comme si on pouvait reconnaître des marqueurs de période : mon enfance, mon adolescence etc.

C’est une tendance que nous avons habituellement et qui pose un paradoxe : d’un côté, nous racontons une histoire, mais d’un autre côté cette histoire n’est qu’une fiction – une fiction rétrospective. Je peux le savoir en constatant que ma vie d’aujourd’hui est un enchaînement de petits ou de grands événements qui est fait de variations continues et pas vraiment de ruptures. Mais dans 10 ans, probablement que je m’en souviendrais en tant que période, « l’époque où mon fils est entré au collège », « la période à laquelle j’ai perdu un ami » etc.

En général, nous pouvons donc nous raconter notre existence et la raconter aux autres de cette manière. Pourtant c’est une généralité qui connaît une exception. Cet état d’exception est en général difficile à penser, parce qu’il est difficile lorsqu’on s’y trouve de prendre du recul dessus. Mais on pourrait dire que c’est l’état temporel connu par exemple dans le traumatisme : le traumatisme modifie fondamentalement l’expérience du temps. Parce que ce n’est plus moi qui raconte mon existence, je ne suis plus le narrateur en train de fictionner sa propre vie, mais, tout à l’inverse, c’est mon existence qui est dominée l’extérieur, c’est-à-dire par ce qui me traumatise (Maldiney). Et alors je ne peux plus me raconter – et lorsque je ne peux plus me raconter moi-même, le temps est suspendu. Au lieu de passer, le temps se boucle sur lui-même dans une répétition.

Alors si l’on revient à Canguilhem, qui nous explique que la capacité à s’adapter c’est ça la santé, on comprend que lorsque le temps s’arrête, on n’est plus dans un état de santé. L’adaptation au milieu se fait dans le déploiement du temps. Et si le temps ne se déploie plus, si mon existence n’est plus son propre point de gravité, alors la normativité est perdue. Alors je ne crée plus ma propre norme, mais une norme m’est imposée par l’extérieur -et mon existence est soumise à cet extérieur.

**Diachronie**

Maintenant que nous avons parlé de la norme et de notre vécu du temps à travers l’idée d’une narration qui peut être stoppée par le traumatisme, j’en viens à évoquer la relation avec autrui. Puisque c’est bien le thème de cette journée de se demander quelles sont les ressources de chacun pour contribuer au soin.

On trouver chez Emmanuel Levinas l’idée que la différence entre autrui et moi n’est pas seulement d’ordre topologique, ou corporel, mais que cette différence est aussi et surtout temporelle.

C’est-à-dire que le présent d’autrui n’est pas mon présent. Et Levinas dit que les relations avec les autres se déroulent toujours sur un mode diachronique, c’est à-dire avec un décalage temporel irréductible. La diachronie est bien l’inverse de la synchronie : au lieu d’exister à l’unisson, et donc en même temps, autrui et moi nous existons dans deux temps bien différents. Et lorsque nous tentons de communiquer, nous le faisons en jetant un pont entre deux formes de temporalité différentes.

Concernant la scène du soin, on peut donc dire que le sujet concerné par les soins, sa famille et les soignants n’existent pas dans une unique temporalité, mais dans plusieurs temporalités distinctes, avec des rythmes différents. Je ne dis pas, évidemment qu’il y a un temps des malades, un temps des familles et un temps des soignants. Mais que chacun construit son rapport au monde avec une modalité temporelle qui lui est propre et qui est impénétrable par les autres.

Par exemple, on peut se rendre compte que pour certaines personnes, le « passé » ne passe jamais et que finalement le temps est comme écrasé dans une dimension unique – sans passé et sans avenir. On voit bien ça a minima dans le ressassement, qui en général actualise et renouvelle sans cesse les mêmes circonstances. Que ces circonstances soient anciennes (ou qu’elles deviennent anciennes) n’affecte pas la perception de proximité et d’actualité pour le sujet. Ainsi le fait qui s’est produit par exemple il y a 15 peut toujours exister comme actuel, c’est-à-dire dans le présent, sans distinction avec ce qui vient à peine d’avoir lieu. Ce fait, même ancien, ne devient pas un souvenir mais il continue d’être senti dans son actualité.

On comprend donc que, alors que le regard extérieur considère que « c’était il y a 15 ans » (avec des repères personnels qui marquent une telle durée, qui en rendent compte comme passé « à l’époque où j’ai commencé à travailler ici » par exemple) et que d’un autre côté, le sujet n’accède pas à cette durée, n’accède pas à des critères par lesquels il percevrait que le temps des horloges a passé, mais reste dans un temps sans profondeur et sans perspective, où tout est au même plan et donc en même temps.

Pour les aidants, pour les familles, les repères temporels quant à la maladie de leur proche sont subjectifs : mais ces repères ne sont pas les mêmes pour l’un et pour l’autre. Dire que c’est subjectif signifie que l’accès au temps vécu relève de l’intimité et du rapport personnel que nous entretenons avec le monde. Donc lorsque nous nous retrouvons à penser sur le ton du reproche « mais enfin c’était il y a 15 ans pourquoi tu parles encore de ça ? », il faut ne faudrait pas oublier l’effet de diachronie dont parle Levinas.

En prenant en compte cette diachronie qui me sépare d’autrui, cette différenciation dans l’accès au temps, il devient difficile de se référer à la flèche du temps. L’horloge peut indiquer la même heure, le calendrier peut indiquer la même date, pour autrui et pour moi, pourtant ces repères extérieurs ne traduisent en rien l’expérience vécue.

**Impossible**

Après la norme (qui a besoin du temps qui passe pour s’adapter), après la subjectivité du rapport au temps vécu et la diachronie qui m’empêche d’exister dans le même temps qu’autrui, intéressons-nous à nouveau à mon rapport au monde et notamment à mon rapport avec ce que je projette dans le monde. Si l’on prête attention à tous ces éléments, on peut se demander ce que nous pouvons véritablement percevoir. Peut-être que cette question semble énigmatique, donc je vais donner un exemple pour l’éclairer :

Si habituellement je me déplace en marchant, je n’envisage pas l’organisation de la ville de la même manière que si je conduis une voiture. Je n’estime pas les distance de la même manière, je ne fais pas le projet du déplacement de la même manière.

Et maintenant, si je me mets à faire de l’escalade d’une manière intensive, alors ma perception du déplacement peut encore changer : je n’ai plus uniquement la perspective horizontale de la ville, mais à cette perspective horizontale s’ajoute une perspective verticale.

Je donne cet exemple pour dire que nos pratiques ont une influence directe sur notre perception. Et cela signifie que je perçois toujours le monde à la mesure de mes moyens, de mes pratiques, de mes souhaits et de mes remords. Ce qui fonde la relation au monde pour moi, c’est donc des expériences personnelles qui rendent certaines choses possibles.

Je reviens maintenant à ma question : qu’est-ce que je suis capable de percevoir ? et je m’aperçois que je ne peux pas projeter l’impossible. L’impossible c’est exactement ce qui sort du cadre de ce que je peux penser et prévoir. Je n’ai pas accès à la totalité de ce qui peut arriver mais seulement aux possibilités.

Maintenant, si l’on est attentif au fait que la relation au monde d’autrui repose sur une temporalité qui est toujours décalée par rapport à la mienne ; et qu’en plus la relation au projet d’autrui est bricolée à partir ses pratiques et ses repères ; on peut voir de manière évidente les difficultés qui se posent pour le soin qui cherche à faire se rencontrer différentes personnes.

**Temps du soin**

L’écoulement du temps ne peut pas être le même pour la personne qui entre dans un dispositif de soin ; la famille – des parents, des frères et des sœurs – tenue de recomposer une vie quotidienne, où s’entrelacent le devoir de soutien et d’anticipation de nouveaux événements ; et le soignant qui multiplie les relations avec des personnes malades et qui peut éventuellement se réfugier dans la médicalité, en se maintenant en dehors d’atteinte des attentes du malade et de la famille. Comment cohabiter ? Comment faire du moment du soin une rencontre ?

En fait, après tout ce que je viens de dire, tout semble tendre vers le clivage plutôt que vers la rencontre (!). Pourtant être ensemble, ce n’est pas partager la même temporalité. Être ensemble c’est seulement être réuni malgré les différences de temporalité.

**Pour finir, voici ce à quoi je voulais arriver avec tout ça** :

Tout d’abord, j’ai exposé que la santé repose sur la normativité, qui est la capacité d’adaptation au milieu pour produire ma propre norme. Et cette normativité a besoin du passage du temps pour exister : sans temps qui passe, pas d’adaptation et donc un état de santé figé. Et d’un autre côté, avec sa diachronie, Levinas nous enseigne que c’est la différence de l’autre qui stimule ma propre temporalité. C’est-à-dire que l’altérité (ou l’hétérogénéité) met en tension ma capacité relationnelle.

Le temps arrêté, dont je parlais tout à l’heure avec l’exemple du traumatisme, est un temps sans altérité : où le ressassement empêche toute nouveauté d’intervenir. Et la diachronie, donc le clivage entre ma temporalité et celle de l’autre, est paradoxalement ce qui à la fois sépare et ce qui peut faire émerger de la nouveauté, de l’adaptation – ou avec Canguilhem, la normativité.

J’ai parlé du temps de la narration, j’ai parlé du temps arrêté avec la répétition où plus rien ne se déroule. Et pour terminer, je voudrais ajouter une autre modalité du temps qui est le rythme. Le rythme c’est cette temporalité qui ne se prête pas à une construction, mais qui s’accroche à la base de l’existence ; **le rythme c’est un passage du temps primaire, ressenti sans construction**. Il y a plusieurs philosophes qui s’appuient sur cette idée de rythme, mais c’est chez Winnicott que j’ai trouvé la description la plus convaincante.

*« Le nourrisson (…) n’a jamais été un bébé auparavant. Tout est de l’ordre d’une première expérience. Il n’a pas de repères. Le temps n’est pas mesuré par des horloges, ni par le lever ou le coucher du soleil, mais plutôt par le cœur maternel et les rythmes de la respiration, par le flux et le reflux des tensions instinctuelles et d’autres systèmes essentiellement non mécaniques » (Winnicott, La mère et son bébé).*

Entendre le rythme comme le fait Winnicott comme temps non mesuré, seulement posé par la respiration ou tout autre tension qui est sentie et non comprise, qui est reçue et non saisie, qui relève de l’autre et non du même, c’est envisager qu’avant même la possibilité d’une narration ou d’un projet, il y avait le rythme.

Le rythme c’est ce que l’hétérogène (ou l’altérité) m’ouvre, le temps qui m’est donné et sur lequel je n’ai pas de prise. Le temps qui m’est livré sans que je puisse le comprendre.

Donc les ressources de chacun pour contribuer au soin, à l’accompagnement dans la maladie, c’est peut-être dans cette différence qu’il faudrait les rechercher, autrement dit dans la présence. C’est-à-dire que la continuité des relations, le partage d’activités dans lesquelles chacun se retrouve avec ses propres repères mais dans la communauté d’un geste peut participer à réunir et à prendre soin.