



Habiter le soin. Une vulnérabilité vulnérabilisante

Pascale Molinier

► To cite this version:

Pascale Molinier. Habiter le soin. Une vulnérabilité vulnérabilisante. Vanessa Nurock; Marie-Hélène Parizeau. Le care au cœur de la pandémie, Presses de l'Université Laval, pp.161-171, 2021, Bioéthique critique, 9782763756349. <hal-03861579>

HAL Id: hal-03861579

<https://hal.science/hal-03861579v1>

Submitted on 20 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Pascale Molinier

Publié dans : Vanessa Nurock, Marie-Hélène Parizeau, *Le care au cœur de la pandémie*.
Presse de l'université de Laval, 161-171, 2021.

Habiter le soin. Une vulnérabilité vulnérabilisante

Pour parler de l'exposition à la vulnérabilité qui me paraît être le propre de l'expérience soignante, en temps ordinaire comme en temps de pandémie, je pars de l'idée d'une pluralité de mondes vécus, parmi lesquels celui des soignant.es dont la vulnérabilité constitue un donné en partie – mais en partie seulement - opaque pour les non-soignants. La fragilité de la vie, en effet, est reconnue *dans* le soin. Habiter le soin signifie vivre et comprendre *de l'intérieur* la vulnérabilité qui est toujours d'abord *sa* vulnérabilité. Il s'agit donc ici de donner une accessibilité à la vulnérabilité agissante dans le soin ; ce que, pour rester proche d'une sémantique soignante, on pourrait appeler « l'humanité du soin » ou dans les termes de Veena Das, la « naturalité du soin » en tant qu'elle recouvre « ce qui est inhérent à une forme de vie *humaine* » (Das, 2018).

Pour parler de l'exposition vulnérabilisante à la vulnérabilité comme modalité de l'expérience du soin, je vais m'appuyer sur les dernières minutes d'un entretien réalisé avec Iris, 45 ans, dont 20 ans en soins palliatifs, d'abord comme ASH, puis comme aide-soignante et les trois dernières années comme infirmière¹.

Je n'aborde donc pas directement la pandémie, mais je prends comme point de mire le fait que la plupart des décisions politiques et gestionnaires sont prises dans la méconnaissance de cette forme de vie, au risque de la rendre invivable. Aussi, me semble-t-il plus important que jamais de descendre jusqu'au grain, au niveau le plus moléculaire du soin, d'entrer dans les détails. Disons seulement que l'histoire d'Iris résonne pour moi en contre-point vibrant à ce qui s'est passé dans certains EPHAD au moment du premier confinement en mars 2020, cette faillite civilisationnelle qui a vu des gens mourir seuls par décision d'en haut.

Iris est l'une des infirmières qui s'occupent de mon père atteint de la maladie d'Alzheimer. Au moment où je parle avec Iris, elle a laissé les soins palliatifs depuis deux ans et demi pour travailler en libéral parce que cela « devenait compliqué émotionnellement ». Elle expliquera qu'en tant

¹ Cet entretien réalisé en aout 2020 s'inscrit dans une enquête sur les infirmières contemporaines avec les historiennes Yvonne Knielbielher et Odile Hess et un groupe d'infirmières.

qu'infirmière, elle s'est sentie beaucoup plus exposée qu'en tant qu'aide-soignante « aux émotions des familles, aux émotions des patients, aux émotions... ». Elle me confirme que ce sont les moments d'annonce aux familles et au patient, ces moments où l'on parle « honnêtement » qui sont les plus difficiles, plus difficiles que les décès pour lesquels elle dit « s'être détachée ». Elle mentionne la nécessité de ce détachement face au nombre de décès dans l'établissement (200 par an) mais n'explique pas comment concrètement on s'y prend pour se détacher.

La méthode que j'utilise ici est celle d'une ethnographie morale puisque je demande à mon interlocutrice de me parler de ce qui compte pour elle, ce qui m'amène à me centrer sur des « scènes de vie » ou des « instants de vie » (Woolf, 1939, 2006) qui sont chargées d'une force ou d'une intensité pour la personne qui raconte ainsi des moments non seulement mémorables mais décisifs de ce qu'elle est. Ces scènes de vie moralement pertinentes ou éthiquement décisives sont accessibles à la conscience – elles ne sont jamais oubliées – même si elles sont aussi le lieu d'autres tensions intrapsychiques – échos de la conflictualité ou de la psychodynamique propre au sujet. Mon attention est donc orientée par l'idée préalable que les gens ont quelque chose à dire de proprement éthique à propos de leur expérience. Comme j'ai pu le dire ailleurs, les soignant.es font de l'éthique comme elles respirent, elles ne peuvent pas s'en empêcher (Molinier, 2020).

Dans mon commentaire, j'essaie autant que possible de ne pas fournir une explication de ce que les gens disent, mais plutôt de donner une valeur de connaissance à ce qu'ils disent, de sorte que ce qu'ils disent, leur *vouloir dire*, en assumant toute l'opacité de celui-ci, ouvre un accès à leur forme de vie et permette de mieux saisir le monde dans laquelle ils vivent et ses intensités simultanément éthiques et émotives. Je choisis « émotif-ve » en référence à la définition « qui s'émeut aisément », donc du côté de la capacité à s'émouvoir, et non d'une référence à la sociologie des émotions. Cette capacité à s'émouvoir, production créative qui jaillit à la source de notre vulnérabilité, est affinée par l'expérience soignante, à la fois force de réceptivité mais aussi de mise en danger psychique, de fragilité, quand cette capacité ne peut pas être mise en œuvre de façon adéquate aux situations émouvantes.

Je demande donc à la fin de l'entretien si Iris veut bien raconter une histoire, une scène, un moment particulièrement marquant dans son expérience. Je vais reprendre ici presque dans leur intégralité les échanges des trois dernières minutes de l'entretien qui seront les plus *intenses* de celui-ci.

Elle répond sans trop hésiter et sur le débit rapide qui est le sien : Alors oui, j'en ai deux qui m'ont particulièrement marquée. Une dame qui a été transférée de l'hôpital de S. En fin de vie, bien évidemment. Et puis à l'époque il y avait un médecin remplaçant urgentiste, mais qui était très au clair avec les soins palliatifs, et puis il a discuté avec la famille et tout, il avait mis en place une

sédation. C'était une sédation. Il envisageait de mettre en place une sédation profonde (inaudible), avec deux jeunes, enfin deux jeunes enfants, jeunes adultes, hein, pas enfants petits. Et puis voilà, quand... je vous fais court, mais le médecin a parlé aux familles, avec nous, enfin voilà. Moi j'étais en poste ce jour-là et puis il me dit « Ben écoute Iris, prépare une seringue d'Hypnovel, j'ai discuté avec la famille, ils souhaitent mettre en place la sédation profonde ». OK, je prépare, et puis je lui dis « écoute, ça serait bien que tu viennes avec moi quand je mets en place ça, quoi ». Alors j'arrive avec ma seringue d'Hypnovel pour mettre en place avec le protocole du médecin, le médecin avec moi et puis la dame donc, qui avait accepté et tout ça, dit : « Mais si vous mettez ça, je ne pourrai plus jamais parler à ma famille ! ». Alors je regarde le médecin, je lui dis ben... Alors le médecin lui explique qu'effectivement cela va l'endormir pour pas qu'elle ait des douleurs et tout et voilà, ils se sont tous sautés dans les bras, ils se sont mis à pleurer parce qu'ils savaient bien que ce serait la dernière fois qu'ils auraient un contact humain et paroles avec euh... et voilà quand on est à cette scène, là au milieu, pff, moi en plus alors euh je suis capable de relativiser tout ça, mais si je vous en parle c'est que dans ma tête ça y est toujours, *c'est moi qui allait mettre en place ça, couper le lien de ces personnes*, même si peut-être deux jours après elle serait décédée ou trois jours, sans cette seringue, *mais c'était moi qui allait mettre en place, endormir la personne et couper ce lien avec ses deux enfants*. Ça, ça ne peut être que des scènes marquantes.

Je demande : Et vous l'avez fait ?

Elle répond : Ah ben oui. Oui oui, je l'ai fait. Alors bien sûr pas dans les cinq minutes, ça a pris peut-être une demi-heure, trois-quarts d'heure, pour discuter avec les enfants, discuter avec le médecin, laisser la famille... enfin... se parler et tout ça, parce que c'était... mais je l'ai fait.

Je lui demande pourquoi elle se souvient particulièrement d'elle.

Sa réponse est « Pourquoi elle ? Parce que... parce que c'était une jeune femme, avec des enfants, peut-être que ça me renvoie une image aussi peut-être, pour moi, je n'ai pas assez approfondi mais... voilà c'était euh, difficile, *parce que c'est moi qui ai mis cette seringue...*

Je l'encourage à poursuivre. Elle dit : Alors que c'est très protocolisé, la sédation profonde, voilà, c'était un protocole, ordonnance du médecin et tout ça hein, c'est..., enfin, ils en discutent des jours à l'avance, ce n'est pas... ils n'arrivent pas comme ça, pourquoi elle, ben...

Devant sa difficulté à en dire plus, je lui propose de parler de l'autre situation.

Iris : Et l'autre situation c'est un monsieur qui avait une soixantaine d'années, c'est pareil, en fin de vie, qui allait mourir, et puis un soir je faisais mon tour, je lui branchais sa perfusion, et puis le médecin arrive pour faire son tour aussi, comme ça parce qu'il passait régulièrement dans les

chambres, pour voir comment ça allait. Et il y avait ses deux fils et pareil, le médecin a commencé à parler justement aussi de cette mise en place de sédation, parce que voilà c'est vraiment tous des patients en fin de vie, et puis ben c'est toujours pareil, *c'est couper le contact, quoi*. Il (le patient) a parlé à ses fils en leur disant « ben moi je vais m'en aller, occupez-vous bien de votre maman », enfin toutes ces choses-là, ils étaient prêts à accepter la mort et les fils qui étaient assez distants et rigides se sont mis à pleurer, pleurer, pleurer, enfin ça c'est vraiment des choses, enfin qui vous tordent les tripes quoi. Alors là je ne crois pas que c'est moi qui ai mis en place, ça a duré trois-quarts d'heure ce discours, moi je ne suis pas sortie de la chambre, et puis le médecin disait les choses, que oui, effectivement il allait partir... enfin.

Je lui demande : Et vous pensez quoi de la sédation ?

Iris répond : Et bien moi je suis pour. Après voilà chacun a ses choix. Quand il n'y a plus rien à faire, pourquoi laisser les gens psychologiquement, enfin c'est trop dur psychologiquement pour les personnes, mais on ne l'a jamais, ce qui est bien là où je travaille, c'est qu'on ne l'imposait pas, c'est que les médecins, ils ont fait beaucoup..., moi j'ai fait beaucoup de formations en palliatif et lui aussi avait un DU de soins palliatifs, ben voilà il faisait sur l'hypnose et tout et il était très au clair et il voyait quand il pouvait en parler, il avait l'approche et...

A la question, il y a des gens qui refusent ? elle répond : Ah oui, il y a des gens qui ne voulaient pas, oui oui, il y a des gens qui ne voulaient pas, oui. Donc ils ne la mettaient pas en place. Ils n'allaient jamais à l'encontre de la volonté des personnes, donc voilà, je pense que... (elle soupire).

Je commente : Oui, c'est une grosse responsabilité.

Iris : Voilà ! Grosse responsabilité et puis voir tout ce désespoir humain. Après, comme je dis, la mort c'est pour tout le monde, euh... là j'ai perdu mon papa il y a trois semaines, enfin c'est un peu moi qui ai porté tout ça, en tant que professionnelle de santé, vous voyez bien dans une famille, voilà, pour mon père c'était moi la référente, partout où il est passé, c'était moi la référente, et là, ben il est parti, enfin il était malade, mais il est parti assez rapidement, et puis j'étais avec ma sœur là-bas, à l'hôpital à S., et j'ai bien vu que ça n'allait pas. J'ai appelé ma maman, j'ai appelé mon frère et on était tous les 4 autour de lui et il est parti et moi je lui ai dit – alors ça c'est pareil, je ne sais pas si ça a choqué ma famille, ils ne m'en ont jamais parlé – mais je lui ai dit, « ben on est là tous les 4, - c'était ses trois enfants et ma maman - et maintenant tu peux partir paisiblement », et il est parti dans les 2 minutes qui ont suivies. Et moi j'avais appris en formation qu'il fallait et bien les autoriser à partir quoi, parce que moi j'en ai vu qui s'accrochaient pendant des semaines, on se demande ce qu'ils attendent quoi, mais ils attendent sûrement quelque chose, ça c'est sûr.

Je suggère : Quelqu'un ?

Elle opine : Quelqu'un. Sûrement quelqu'un. Et là, mon papa dès qu'on était là tous les 4, ça a été rapide, parce qu'il a pris son repas à 19 heures, et il est décédé à 21 heures, voyez. Mais dès qu'on était là tous les 4, il est parti quoi. Voilà. Je vous raconte un petit peu ma vie.

Je dis : Ben oui, ça fait partie, ce n'est pas séparé.

Elle reprend : Ce n'est pas séparé, la vie hein...

Finalement, on aimerait bien que l'éthique nous soulage, nous donne des règles à suivre. Mais ceci c'est seulement la déontologie. L'esprit éthique se manifeste justement quand on atteint les limites de la rationalité morale. Ici, on a une situation de soin où tout est contrôlé : les soignants sont formés, le consentement des patients et de leur famille a fait l'objet d'un travail sur plusieurs jours, le protocole est respecté, l'infirmière n'est pas livrée à elle-même, le médecin est présent et à l'écoute (ils parleront ensemble à l'issue de la pose d'Hypnovel à la première patiente), il n'y a aucun désaccord éthique sur la sédation profonde. Donc il n'y a pas de souffrance éthique au sens où cela a pu être décrit par certains de mes collègues, et qui réservent ce terme aux situations où la personne fait quelque chose avec lequel elle est en désaccord (un acharnement thérapeutique, par ex) (Dejours, 1998). L'infirmière a le temps de bien travailler, elle ne fait pas les choses en 5 minutes et peut s'ajuster aux besoins de la famille. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de cette situation « marquante », le problème posé n'est pas celui des conditions de travail ou de son organisation, ce qui permet d'isoler l'intensité éthique qui est toujours présente dans le soin et qui suffit à générer de la souffrance (en tant qu'état non pathologique mais à la longue vulnérabilisant).

Et c'est ici qu'intervient « la difficulté dans la réalité » (pour reprendre les termes de Diamond, 2011). Cette femme va mourir, la sédation profonde vise à lui épargner des douleurs inutiles, pourtant le geste qui devrait soulager a aussi un autre effet : il va séparer pour toujours cette femme de ses enfants, l'infirmière signifiant qu'à ce moment précis elle ne prend pas soin d'une personne, mais d'un ensemble formé par la patiente en fin de vie et ses enfants. Cette séparation interviendrait quoi qu'il en soit, mais dans le contexte de la sédation profonde, mettre en place la seringue *cause* l'irréparable. L'infirmière en posant la seringue est à l'origine d'un plus jamais.

Tous les autres problèmes éthiques ont été réglés par la formation, la coopération, le protocole, la délibération, le consentement, mais l'ensemble de ces décisions rationnelles n'épuisent pas le potentiel éthique de la situation. Son intensité qui fait qu'elle a de l'importance, qu'elle compte singulièrement pour cette infirmière. Cette expérience augmente sa sensibilité à la vulnérabilité d'autrui en même temps qu'elle la vulnérabilise.

Iris note les éléments identificatoires (une femme jeune, mère de deux enfants comme elle). Ces éléments comptent et beaucoup de psychologues pourraient s'arrêter là. Souffrance par identification. Mais Iris, qui dit n'avoir pas approfondi, n'y accorde que l'importance que cela mérite, c'est secondaire par rapport à ce qui est le cœur de son drame vécu : être celle qui va couper le lien. Elle le répète trois fois et une fois encore dans la seconde histoire.

Peut-être que pour une personne non soignante, ce désarroi éthique est incompréhensible, je ne sais pas. Mais je fais le pari que n'importe quel soignante ou soignant pas trop défensif peut le comprendre (s'accorder sur le bien-fondé du désarroi). Il n'y a pas d'arrière-plan inconscient à rechercher, de pensée cachée, tout le drame vécu est contenu dans ces simples mots « c'est moi qui allais couper le lien de ces personnes ». En somme elle était celle qui allait endosser le rôle d'Atropos, la Parque qui coupe le fil de la vie. Et toute interprétation n'ira pas plus loin, il me semble, que ce qui est déjà dit.

Iris attire l'attention sur l'importance des attachements. Cela commence dans la façon dont la femme de son récit exprime sa requête. « Mais si vous mettez ça, je ne pourrai plus jamais parler à ma famille ! » C'est la séparation qui est douloureuse, tout comme pour le père et ses deux fils, « prêts à accepter la mort » mais qui pleurent au moment de se séparer. Nous sommes vulnérables du fait de nos attachements, à la perte de nos attachements. Vivre, c'est être « attaché ». Et parce qu'elle doit couper le lien, Iris fait l'expérience de la puissance des liens et du drame spécifique de la perte des liens au moment précis où s'effectue cette perte avant la mort pour la personne au seuil de l'agonie, avant le deuil pour ses proches, et d'une autre nature que la mort ou le deuil, un *moment de vie* : le déchirement des adieux.

La dernière situation est la plus apaisée. C'est pourtant celle de la mort du père. Dans cette dernière situation, la séparation est acceptée, au moins par Iris, et elle autorise son père à partir. Ce qui vient rompre le lien n'est pas la sédation profonde, mais la dédramatisation du départ. Ce qu'elle a appris en formation est mis en usage depuis sa place de fille « référente » et elle prend la responsabilité de faire ce qu'elle pense devoir faire pour qu'il parte tranquille au sein de ses attachements. Elle le laisse partir. En lieu et place du déchirement des adieux, elle fait don d'une autorisation à lâcher prise.

Ce va et vient entre l'expérience professionnelle et la vie personnelle vient déplacer les cloisons que la jeune femme dit mettre entre sa vie et le travail, ces frontières sont beaucoup plus poreuses et ces trois scènes de vie forment un seul et même événement éthique qui se déroule en plusieurs actes mais traite d'une même réalité vécue, celle de la séparation que représente la mort, et d'un savoir sur celle-ci. La forme de vie des infirmières se noue dans le travail mais les formes de

subjectivation qui s'expérimentent dans le travail s'étendent à l'ensemble de leur vie, de leurs pratiques et relations. Je ne discute pas ici de ce que la forme de vie désigne une autre dimension transmissible de l'expérience au travail que celle recouverte par les notions de collectif de travail (règles de métier) ou communauté d'appartenance (qui s'en approche déjà), dans la mesure où elle met l'accent sur le langage et les accords dans le langage (Molinier, 2018). Il n'y a pas besoin d'avoir travaillé ensemble pour se comprendre éthiquement entre soignant.es et c'est pourquoi le monde habité par le soin est suffisamment vaste pour former le sol d'une action en commun qui décroïssonne les services, les équipes et les disciplines.

On peut dire des scènes « marquantes » ou indélébiles racontées par des soignant.es qu'elles sont celles qui sont dotées d'une intensité qui a valeur de connaissance de ce que c'est qu'une vie humaine, ou ce que c'est tout simplement que *vivre*. Ces intensités se détachent du bruit de fond de la vie ordinaire parce qu'elles condensent une connaissance claire de ce qui se passe – de son importance – malgré les limites du langage pour en rendre compte autrement que sous la forme d'une intime conviction. En l'occurrence, pour Iris, l'effectivité du faire, qui lui échoit par fonction, elle est l'infirmière en poste ce jour-là, l'engage douloureusement dans l'ordre de cette conviction – « c'est moi qui ai coupé ». Le geste (mise en place de la sédation) est moral en un sens inattendu. Ce n'est pas la crainte de raccourcir la vie de la personne, comme on pourrait s'y attendre de l'extérieur. Mais la responsabilité de rompre les liens entre les personnes. En mettant en place la seringue, elle ne porte pas atteinte à la vie mais au *vivre*. Cette intensité renvoie à des affects (se sauter dans les bras, pleurer, pleurer) et à des paroles « honnêtes » et ultimes, elle trouve sa cohérence dans le cadre d'une éthique de la vulnérabilité et des attachements.

Toutefois, comme je l'ai souvent remarqué, les histoires des soignantes qui évoquent des scènes traumatiques, comprennent, dans leur dernier acte, la solution de résolution du trauma. C'est d'une manière qu'elle juge éthique qu'Iris se sépare de son père. De plus les compétences acquises en formation sont utilisées pour la vie personnelle, il n'y a pas de césure mais une seule et même texture d'être.

Peut-on faire des projets pour le soin et pour les soignant.es en étant en dehors du soin, en habitant ailleurs ? Peut-on considérer le soin comme un allant de soi sans effets sur les politiques de santé ? Durant la pandémie, le discours dominant a été un discours martial : « Nous sommes en guerre ». Confondre la guerre et le soin est une posture défensive qui brutalise la vie. Si on aborde le problème du soin posé par la pandémie par la vulnérabilité plutôt que par la force, les conséquences de la rupture de liens sautent aux yeux, mais aussi le fait qu'on ne soigne pas des patients-monades mais des formes de vie (Ferrarese, Laugier, 2018), c'est-à-dire des ensembles de personnes reliées

par des mots, des paroles, des liens affectifs et qui sont particulièrement sensibles, qui s'émeuvent en tant qu'humains, à la perte de ces liens. Ces liens formant leur humanité même. On se rend compte aussi que les soignants ne peuvent se soustraire à ces liens, ils les partagent ou en sont les témoins, leurs actions ont des effets sur les ensembles humains et en retour sur eux. Aussi toute exposition intense à la souffrance d'autrui implique de puiser dans les ressources émotives de sa propre vulnérabilité, avec ce double mouvement d'une subjectivité plus sensible, plus apte à accueillir et à accompagner, en même temps que plus en risque de consommation émotive.

Iris vit dans un monde où maintenir et faire exister les liens est en effet ce que signifie vivre. Elle est ainsi sensible à la responsabilité de jouer un rôle dans l'irréparable. La compréhension de l'importance des liens n'est pas forcément préalable à cette scène, elle s'y découvre ou – lorsqu'on a de l'expérience – elle s'y précise, s'y affine, parfois jusqu'à un point de rupture : trop d'émotions, dit Iris, qui finissent par peser, par vulnérabiliser. Habiter le soin c'est aussi savoir faire des choix pour aménager sa propre vie à l'aune de cette connaissance émotive. On ne peut prétendre raisonner sur le soin sans comprendre comment se vit le soin, c'est-à-dire comment il se parle et à travers les mots s'éprouve et s'émeut, comment il est *habité*. Sinon on risque toujours de se tromper de problèmes ou de croire que tous les problèmes sont « réglés » par des accords prescriptifs et déontologiques. On risque toujours de balayer les effets de « tout ce désespoir humain » quand les liens se défont et de faire obstacle à son expression partagée. Plus nous sommes fragilisés par la maladie, moins nous existons en dehors de ces liens, d'où la gravité d'avoir séparé les grands vieillards de leurs familles, d'avoir préféré préserver la vie nue (zoe) à la forme de vie humaine qui n'existe pas en dehors des relations. Puisque le soin comporte la connaissance approfondie de ce que c'est que vivre (partager des liens, exprimer sa peine...), nier ou négliger cette forme de vie peut avoir des conséquences civilisationnelles sans mesure, comparables à la perte d'un monde.

Bibliographie

Das, Veena (2018). « Les limites du “nous” : cruauté, responsabilité, formes de vie », in Ferrarese E, Laugier S, *Formes de vie*, CNRS Editions, pp. 271-202.

Dejours, Christophe (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.

Diamond, Cora (2011). « La difficulté de la réalité et la difficulté de la philosophie ». *L'importance d'être humain*. Trad. Emmanuel Halais, Paris PUF, pp. 271-306.

Molinier, Pascale (2018). Antériorité de l'éthique sur le collectif. [Le travail: questions cliniques et enjeux actuels, Psychiatrie Psychanalyse et Sociétés, Vol 7, 2018](#) – revue-pps.org, 2018.

Molinier Pascale (2020). *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2^{ème} édition.

Woolf Virginia (2006). *Instants de vie*. Paris, Stock.

Résumé : Cet article aborde l'intensité éthique du soin à partir d'une situation « marquante » racontée par une infirmière de soins palliatifs. Les processus de subjectivation qui s'expérimentent dans le travail des infirmières s'étendent à l'ensemble de leur vie, de leurs pratiques et relations en une « forme de vie ». La plupart des décisions politiques et gestionnaires sont prises dans la méconnaissance de cette forme de vie, au risque de la rendre invivable.

Mots-clés : Soin, vulnérabilité, interdépendance, attachements, formes de vie