

Vulnérabilité, victime et éthique du soin

*Pour une philosophie de
l'homme exposé*

Alain Vernet

Psychologue

Professeur Émérite de l'université de Tours

Vice-Président d'Emeraude 58

avec la participation de **Téo Orrillard,**

Licence Droit-Philosophie,

Université de Poitiers

Sommaire :

Introduction	p3
I. Le temps des atteintes	p3
II. L'homme exposé	p4
III. La victime : de la blessure au tort	p5
IV. Les sociétés de l'atteinte	p6
V. De l'autonomie à l'interdépendance	p7
VI. Le soin comme hospitalité juste	p8
VII. Dignité, justice, santé	p10
Conclusion	p10
Bibliographie	p11

Introduction

Si les notions de vulnérabilité et de victime se sont imposées avec force dans le langage contemporain de la santé, du droit et des politiques publiques, ce n'est pas seulement parce qu'elles offrent des catégories commodes de description. Leur fortune dit quelque chose d'un déplacement plus profond : nos sociétés ne se pensent plus prioritairement à partir de la norme, de la faute ou de l'ordre, mais à partir de l'atteinte, de l'exposition, du dommage, de la fragilité, de la réparation. Dans le champ du soin, ce déplacement engage une anthropologie, une morale et une politique, obligeant à repenser ce qu'est un sujet : non plus seulement un être autonome, capable, rationnel, consentant, mais un vivant susceptible d'être affecté, blessé, dépendant, empêché, et dont la dignité n'est jamais aussi visible que lorsqu'elle risque d'être méconnue. Penser la vulnérabilité et la victime, c'est alors interroger ce que soigner veut dire, lorsque la santé ne peut plus être séparée ni des formes de vie, ni des conditions sociales d'existence, ni de l'exigence de justice ^{[4] [5] [7] [10] [11] [12]}.

I. Le temps des atteintes

Il est des mots qui, lorsqu'ils montent ensemble dans une langue, ne désignent pas seulement des réalités nouvelles, mais révèlent une époque, ses peurs, ses scrupules, ses angles morts, et la manière dont elle entend désormais répondre à ce qui blesse. Les mots de vulnérabilité et de victime sont de ceux-là. Leur diffusion massive, en quelques décennies, dans les discours médicaux, sanitaires, sociaux, juridiques et médiatiques, marque une transformation de notre sensibilité collective. Là où dominaient volontiers les catégories du normal et du pathologique, du coupable et du responsable, du fort et du faible, de l'aptitude et de l'inaptitude, voici qu'apparaissent, au premier plan, l'homme blessable, la vie altérable, l'existence exposée, la souffrance reconnue, le préjudice et sa réparation ^{[2] [17] [18] [19]}.

Un tel déplacement ne saurait être tenu pour purement lexical. Il modifie le regard porté sur les sujets et sur les institutions. Il signifie que l'on n'attend plus seulement du soin qu'il corrige un dysfonctionnement, ni du droit qu'il sanctionne une transgression, mais que l'on exige des institutions qu'elles sachent reconnaître les situations dans lesquelles un sujet, un corps, une parole, une biographie, une capacité de se soutenir soi-même, se trouvent plus directement livrés à l'atteinte. Autrement dit, la centralité croissante de la vulnérabilité témoigne d'un changement de foyer moral : le regard se déplace de la norme vers l'exposition, de la faute vers le tort, du désordre abstrait vers la blessure singulière ^{[6] [10] [17]}.

Le soin est l'un des lieux privilégiés de ce basculement. Il ne rencontre plus seulement des maladies identifiables, des déficiences mesurables, des anomalies objectivables. Il rencontre des existences encombrées de déterminants, de dépendances, de fatigues, de ruptures, de fragilités diffuses ; des existences en lesquelles le clinique, le social, le psychique, le juridique et le biographique s'entrelacent si étroitement que le geste technique, à lui seul, ne suffit plus à en épuiser la vérité ^{[9] [15] [20] [21]}. En ce sens, parler aujourd'hui de vulnérabilité n'est pas céder à une mode, c'est reconnaître que le sujet

du soin ne peut plus être conçu comme un individu abstrait, également armé devant la maladie, également disponible à l'information, également capable d'exercer sa liberté dans des conditions identiques.

Ce glissement est décisif. Il nous oblige à revenir sur la représentation implicite de l'homme qui a gouverné, depuis surtout les années 2000, les institutions de santé : celle d'un sujet autonome, informé, maître de lui, suffisamment stable pour consentir, comprendre, demander, arbitrer. Cette figure n'est pas fautive ; elle est seulement partielle. Elle dit quelque chose du sujet de droit, mais bien peu du sujet éprouvé. Elle dit la capacité, mais mal l'épuisement ; la décision, mais mal l'hésitation ; l'indépendance, mais mal le besoin d'appui. La vulnérabilité vient ainsi rappeler ce que toute médecine risque d'oublier lorsqu'elle se raidit dans le seul paradigme de la maîtrise : qu'il y a, au cœur de la vie humaine, une possibilité constante de défaillance, de chute, d'effraction, et que cette possibilité n'est pas un accident marginal de l'existence, mais l'une de ses vérités constitutives ^{[3] [5] [7] [10]}.

II. L'homme exposé

Il faut donc préciser le concept. La vulnérabilité n'est ni un simple synonyme de faiblesse, ni le nom poli de l'impuissance. Elle ne renvoie pas d'abord à un déficit, mais à une exposition. Est vulnérable ce qui peut être blessé. Ce peut être un corps, un psychisme, une relation, un temps vécu, un tissu symbolique, une identité narrative, une possibilité même de se maintenir dans le monde. La vulnérabilité, en ce sens, ne signale pas seulement un manque ; elle dit qu'un être est assez ouvert au réel pour pouvoir en être affecté. Il n'y a de vulnérabilité que pour un être susceptible d'être touché ^{[5] [7] [8] [9]}.

C'est pourquoi elle doit être pensée à deux niveaux, qu'il importe de ne jamais dissocier. Il existe d'abord une vulnérabilité anthropologique, commune à tous. Nul ne peut prétendre vivre hors d'atteinte. La maladie, le vieillissement, le deuil, la fatigue, l'accident, la dépendance, l'angoisse, la douleur, la perte d'autonomie ou la simple usure du temps rappellent à chacun qu'il n'est pas un pur esprit ni une puissance intacte. L'humain n'est pas une forteresse. Il est un vivant, c'est-à-dire un être qui peut être atteint, qui peut souffrir, qui peut avoir besoin d'autrui pour tenir ^{[3] [4] [7] [8]}.

Mais il existe aussi des vulnérabilités situées, différentielles, inégalement distribuées. Tous les êtres humains sont vulnérables ; tous ne le sont pas avec la même intensité, dans les mêmes circonstances, ni face aux mêmes menaces. L'âge, le handicap, la maladie chronique, les troubles psychiques, la pauvreté, l'isolement, l'exil, la dépendance administrative, l'absence de maîtrise de la langue, la solitude affective, les violences subies, la fatigue sociale, tout cela module concrètement l'exposition au dommage ^{[14] [15] [20] [21] [24]}. Une éthique du soin qui universaliserait tellement la vulnérabilité qu'elle en dissoudrait les formes concrètes sombrerait dans l'abstraction ; mais une éthique qui particulariserait tellement les vulnérabilités qu'elle les transformerait en identités closes tomberait dans l'assignation.

C'est ici qu'Éric Fiat et Bertrand Quentin nous aident puissamment. L'un, à partir de la fatigue et de la dignité, l'autre, à partir du handicap et de l'invalidité, montrent chacun à leur manière que la vulnérabilité n'est pas la négation de l'humain, mais souvent sa manifestation la plus nue ^{[12] [13] [14] [15]}. Avec Éric Fiat, nous apprenons que l'homme ne se laisse pas d'abord définir par ses heures de triomphe, mais aussi par ses baisses de forces, ses ralentissements, ses pesanteurs, ses moments d'affaissement, tout ce que les rhétoriques de la performance voudraient taire. La fatigue y apparaît comme une vérité anthropologique modeste, mais implacable : il y a de l'humain là même où il n'y a plus ni éclat, ni puissance, ni maîtrise ^[12]. Avec Bertrand Quentin, nous apprenons que le handicap ne doit pas être pensé comme une simple privation au regard d'une norme souveraine, mais comme ce qui oblige la philosophie elle-même à reconnaître l'arbitraire de ses hiérarchies tacites entre vies accomplies et vies diminuées ^{[14] [15]}.

On touche ici à un point majeur : la vulnérabilité ne devient problématique que dans des sociétés qui ont fait de l'indépendance, de la performance, de la mobilité, de l'efficacité et de la continuité de soi des normes dominantes. Dès lors, ce qui ralentit, entrave, dépend, demande, fatigue, blesse ou diffère, tend à apparaître comme écart. La vulnérabilité n'est donc jamais seulement un fait naturel ; elle est aussi un révélateur critique des attentes sociales qui définissent en creux ce qu'une société juge normal, valable, désirable. En ce sens, penser la vulnérabilité, ce n'est pas seulement décrire un état ; c'est interroger les normes qui font d'un certain état une vulnérabilité plutôt qu'une autre manière d'habiter le monde ^{[11] [14] [15] [20]}.

III. La victime : de la blessure au tort

La notion de victime introduit une autre dimension. Si la vulnérabilité désigne la possibilité d'être atteint, la victime désigne l'atteinte advenue. Le dommage n'est plus seulement virtuel ; il a eu lieu. Quelque chose est arrivé à quelqu'un. Une effraction s'est produite dans une vie, dans un corps, dans une histoire, dans un rapport au monde. La victime est donc d'abord un sujet blessé. Mais elle n'est pas seulement cela. Elle est aussi un sujet dont la blessure appelle reconnaissance, qualification, parfois réparation ^{[6] [17] [18]}.

Cette distinction entre vulnérabilité et victime est éthiquement décisive. La confondre, ce serait risquer de faire de la victime l'effet presque naturel de sa propre fragilité. Ce serait, insensiblement, déplacer sur elle une part de la causalité de ce qu'elle a subi. Or la victime n'est jamais la cause morale de la violence qui l'atteint. On peut, bien sûr, analyser des contextes de fragilisation, des défauts de protection, des situations d'exposition accrue ; mais on ne saurait faire de la vulnérabilité une explication suffisante de la victimisation sans glisser vers une forme subtile de culpabilisation ^{[17] [19]}.

La victime n'est pas seulement un être souffrant. Elle est celle dont la souffrance cesse d'être un pur malheur privé pour devenir un tort. Quelque chose, ici, excède l'ordre de l'infortune naturelle. Un dommage a été causé, subi, parfois infligé. Il entre alors dans un espace de droit, de dette, de responsabilité, de réparation. La victime appelle un tiers : la société, la justice, l'institution, parfois le soin lui-même. Le tort n'est plus simplement

éprouvé ; il doit être entendu, nommé, reconnu. En cela, la figure de la victime transforme profondément notre vie morale, puisqu'elle déplace le regard vers l'expérience concrète de l'atteinte, loin des abstractions confortables ^{[6] [17]}.

Dans le champ de la santé, cette question est devenue centrale. L'hôpital rencontre des victimes de violences sexuelles, conjugales, familiales ; des victimes d'accidents, d'agressions, de catastrophes ; des victimes de maltraitements ; des victimes, parfois, de pratiques institutionnelles elles-mêmes lorsque l'institution ajoute de l'humiliation à la dépendance, de l'opacité à la détresse, ou de la précipitation au désarroi ^{[17] [19] [25]}. Le droit positif leur ouvre des possibilités précises : se constituer partie civile, demander réparation, obtenir sous certaines conditions une indemnisation.

Mais l'éthique du soin ne peut s'en tenir à ce seul plan juridique. Car ce qu'il s'agit de préserver, au-delà même du droit, c'est la possibilité pour le sujet blessé de ne pas être confisqué tout entier par l'événement qui l'a atteint.

La victime, en effet, menace toujours d'être réduite à son dommage. Son identité risque de se resserrer autour de ce qui lui est arrivé. L'éthique du soin doit alors accomplir une tâche paradoxale : reconnaître pleinement l'atteinte, sans jamais enfermer la personne dans la définition de cette atteinte. Accueillir la victime, ce n'est pas la figer dans sa blessure ; c'est lui permettre, autant qu'il se peut, de ne pas s'y réduire. Il n'y a pas de soin digne de ce nom qui ne travaille, d'une manière ou d'une autre, à ce dégageant ^{[5] [10] [12]}.

IV. Les sociétés de l'atteinte

Pourquoi, dès lors, ces notions se sont-elles imposées avec une telle vigueur ? Sans doute parce que notre époque est celle d'une sensibilité plus aiguë aux atteintes invisibles. Souffrances psychiques, humiliations sociales, violences domestiques, détresses silencieuses du grand âge, fragilité des parcours migratoires, effets sanitaires de la précarité, fatigue morale des soignants : autant de réalités longtemps négligées, minimisées ou rabattues sur des interprétations morales plus sommaires. La montée de la vulnérabilité et de la victime traduit, de ce point de vue, un progrès moral : l'on voit davantage ce qui, autrefois, restait sans visage ^{[17] [18] [19]}.

Mais cette montée dit aussi autre chose. Elle révèle l'affaiblissement de certains étayages collectifs. Une société dans laquelle l'individu est plus directement exposé, moins soutenu, plus souvent sommé d'être autonome sans disposer des moyens effectifs de cette autonomie, est une société où la vulnérabilité devient plus visible. Le mot prospère là où les protections se fissurent. Robert Castel l'avait montré, chacun à sa manière le constate : le sentiment d'insécurité sociale ne naît pas seulement de dangers objectifs, mais du retrait de médiations protectrices¹ qui rendaient autrefois la vie moins directement livrée au risque² ^[20].

Les institutions sanitaires en donnent aujourd'hui la mesure. La Haute Autorité de santé souligne que certaines personnes restent éloignées du système de soins en raison de l'isolement, de la précarité, de la complexité des démarches ou de la barrière linguistique.

1 - En France tout particulièrement où l'État (à travers les services publics) se voulait garant d'une sécurité générale pour tous, en tous domaines.

2 - La famille assumait également cette fonction avec netteté.

Santé publique France rappelle combien les inégalités de santé sont socialement distribuées. La vulnérabilité n'est donc plus un résidu marginal ; elle devient l'un des noms mêmes de la réalité sanitaire contemporaine.

Mais ce progrès de lucidité comporte une ambiguïté. Une société qui ne penserait plus qu'à partir des blessures risquerait de se laisser gouverner par l'émotion de l'atteinte. La victime pourrait alors devenir la figure morale suprême, la vulnérabilité le critère majeur de légitimité, et la compassion se substituer insensiblement à la justice. Il ne s'agit évidemment pas de récuser la reconnaissance due aux victimes ni l'attention due aux vulnérabilités. Il s'agit de rappeler que la politique du soin ne saurait être une simple administration des affects. La justice suppose plus que l'émotion ; elle demande discernement, mesure, institutions, et parfois la capacité de résister aux séductions immédiates de la seule évidence pathique ^{[6] [17] [18]}.

Nous sommes donc placés devant une tension qu'il faut accepter plutôt que dissoudre. D'un côté, il est indispensable de mieux voir les souffrances, les dépendances, les atteintes, les inégalités d'exposition. De l'autre, il faut éviter de construire une anthropologie intégralement victimaire, dans laquelle le sujet ne serait plus jamais autre chose que l'effet de ses blessures. Toute la difficulté éthique est là : reconnaître l'atteinte sans absolutiser la blessure ; protéger sans assigner ; compatir sans infantiliser ; réparer sans épuiser le sujet dans ce qu'il a subi ^{[5] [10] [11]}.

V. De l'autonomie à l'interdépendance

L'une des conséquences philosophiques majeures de ce déplacement concerne l'idée même d'autonomie. Il serait absurde de contester ce que la valorisation de l'autonomie a apporté à la médecine contemporaine : reconnaissance du consentement, refus des paternalismes, considération de la parole du patient, droit à l'information et à la décision ^{[5] [6]}. Mais il serait tout aussi aveugle de faire de l'autonomie la catégorie unique à partir de laquelle penser la condition du sujet soigné. L'autonomie n'est pas l'essence de l'homme ; elle est l'une de ses capacités, intermittente, située, soutenue, vulnérable elle aussi.

Car l'autonomie réelle suppose des médiations. Il faut du temps pour comprendre, des mots pour consentir, une sécurité minimale pour délibérer, un entourage ou une institution capables de soutenir, une relative intégrité psychique pour exercer une décision. L'autonomie n'existe pas dans le vide. Elle est toujours instituée, accompagnée, rendue possible par des conditions qui la précèdent ^{[5] [10] [11]}. En ce sens, les éthiques du care et de la sollicitude ont opéré une correction décisive : elles ont rappelé que la vie morale ne se réduit pas à la capacité de choisir, mais implique aussi la responsabilité de répondre à autrui, surtout lorsqu'il ne peut plus, pas encore, ou pas tout à fait, se soutenir seul ^{[7] [10] [11]}.

Le soin se tient précisément à cet endroit. Il rencontre l'humain non dans sa splendeur abstraite, mais dans ses asymétries, ses dépendances, ses désordres, ses besoins d'appui. La vulnérabilité n'y est pas l'exception : elle en constitue souvent la matière même. Soigner,

ce n'est donc pas seulement respecter une autonomie préconstituée ; c'est aussi travailler à la préserver lorsqu'elle vacille, à la restaurer lorsqu'elle se défait, et surtout à ne pas la confondre avec l'exigence brutale de se suffire à soi-même ^{[5] [10] [12]}.

Pour autant, la reconnaissance de la vulnérabilité n'autorise jamais le retour d'un paternalisme satisfait. C'est ici que le discernement éthique est le plus difficile. Il faut soutenir sans déposséder ; protéger sans parler à la place ; accompagner sans absorber. La véritable réponse soignante n'est ni l'abandon au nom de l'autonomie, ni la capture au nom de la protection. Elle est ce geste plus rare, plus coûteux, qui laisse au sujet, jusque dans sa dépendance, la possibilité de demeurer quelqu'un plutôt que de devenir seulement le lieu passif d'une prise en charge ^{[3] [5] [7]}.

VI. Le soin comme hospitalité juste

Une telle exigence oblige à redéfinir le soin lui-même. Le soin n'est pas seulement un ensemble d'actes techniques ordonnés à une fin thérapeutique. Il est une manière de répondre à l'humain exposé. Répondre, ici, signifie plusieurs choses.

Cela signifie d'abord discerner. Beaucoup de vulnérabilités ne se présentent pas à visage découvert. Elles se cachent sous des retards, des maladresses, des silences, des incohérences apparentes, une docilité excessive, une agitation interprétée trop vite comme résistance, une fatigue prise pour de la mauvaise volonté. L'éthique du soin exige une capacité herméneutique, c'est-à-dire savoir lire autrement les signes faibles, ne pas moraliser trop vite ce qu'on ne comprend pas, pressentir qu'un sujet tient parfois fort mal, mais tient encore ^{[1] [9] [10]}.

Cela signifie ensuite instituer. Car il n'y a pas d'éthique du soin qui puisse être abandonnée à la seule vertu des individus. Une institution juste est celle qui n'ajoute pas de la vulnérabilité à la vulnérabilité³. Elle ne complique pas ce qui est déjà difficile ; elle ne rend pas plus opaque ce qui est déjà angoissant ; elle ne punit pas ceux qui ne savent pas remplir les formes attendues d'un sujet administrativement compétent. Le soin est aussi affaire d'organisation, de temps, de circulation de l'information, de médiation, d'interprétariat, de coopération entre sanitaire, social, médico-social, psychique et juridique ^{[16] [22] [23] [24]}.

Cela signifie encore protéger la parole. Lorsqu'une personne se présente comme victime, ou lorsqu'elle pourrait l'être sans encore pouvoir le dire, l'hôpital devient plus qu'un lieu de traitement : il devient un lieu possible de reconnaissance. Il faut alors savoir accueillir sans forcer, entendre sans violer, orienter sans abandonner, documenter sans réduire la personne à un dossier de preuve. Le soin, ici, ne se sépare pas de la délicatesse, parce qu'il ne se sépare pas du risque de réitérer la violence par une écoute brutale ou incrédule ^{[17] [25]}.

Enfin, cela signifie prendre soin des soignants eux-mêmes. Une institution qui se voudrait attentive aux vulnérabilités des patients ne saurait ignorer celles des équipes. Fatigue morale, surcharge, sentiment de mal faire, violence subie, perte de sens : tout cela n'appartient pas à la périphérie de l'éthique du soin, mais à son cœur brûlant. Un soignant

3- Ce qui est cependant de plus en plus la situation, là où l'on se trouve en situation de désertification médicale.

exténué n'est pas seulement un professionnel en difficulté ; il est le signe qu'une institution menace ses propres conditions de justice. Là encore, Éric Fiat nous avertit utilement : la fatigue n'est pas une faiblesse honteuse, mais une vérité humaine. Encore faut-il que les institutions cessent de la traiter comme une faute personnelle⁴ lorsqu'elle résulte d'un monde du travail devenu inhabitable^{[12] [16] [20]}.

Un point mérite encore d'être isolé : le temps. Toute vulnérabilité est aussi une vulnérabilité temporelle. Être vulnérable, ce n'est pas seulement risquer une atteinte ; c'est souvent ne plus pouvoir habiter le temps comme auparavant. L'avenir se rétrécit, le présent devient plus lourd, la décision demande plus d'appuis, la compréhension plus de reprises, la parole plus de détours. Le sujet vulnérable est très souvent un sujet dont la temporalité s'est fragilisée. Il ne suit plus le rythme que l'institution présuppose ; il avance autrement, plus lentement parfois, avec des retours, des hésitations, des reprises, des silences. Or l'hôpital contemporain, lui, est traversé par la logique du flux, de l'urgence, de la rotation, du délai contraint. Il y a là une tension éthique majeure : le soin s'adresse à des existences blessées dans leur temporalité propre, mais il le fait au sein d'organisations qui tendent à réduire le temps disponible^{[10] [12] [16]}.

De cette tension naissent quantité d'injustices discrètes. On humilie souvent moins par brutalité ouverte que par impatience, par accélération imposée, par incapacité à laisser revenir une parole, par saturation des soignants qui les conduit à ne plus entendre que l'essentiel strictement technique, en laissant hors champ le tremblement plus lent du sujet. Le temps éthique n'est pas le temps mort de l'institution : il est ce sans quoi un consentement n'est qu'une formalité, une annonce qu'une violence supplémentaire, une sortie qu'un abandon, une consultation qu'un simple passage de corps^{[5] [10] [16]}.

Cela vaut aussi pour les victimes. La blessure ne se donne pas toujours d'emblée dans un récit ordonné. Elle surgit par fragments, par réticences, par contradictions, par honte, par phrases inachevées. Vouloir aller trop vite, exiger trop tôt une cohérence, demander d'emblée une parole pleine, c'est souvent manquer la vérité même de l'atteinte. Il y a une pudeur propre du soin, qui n'est ni retrait ni indifférence, mais reconnaissance du fait que certaines vérités subjectives ne se livrent qu'à la faveur d'un temps non violent^{[3] [5] [17]}.

Il faudrait dès lors ajouter ceci : la justice du soin ne se mesure pas seulement à la qualité des actes accomplis, mais à la qualité du temps accordé. Une institution juste n'est pas celle qui ignore les contraintes ; c'est celle qui sait qu'il est des vies qu'on ne peut soigner correctement sans leur rendre un peu du temps que la maladie, la précarité, la peur ou la violence leur ont déjà dérobé.

La HAS, en recommandant des approches globales, coordonnées et précoces pour les personnes en grande précarité et souffrant de troubles psychiques, dit exactement cela^[23]. Elle rappelle, sous un langage institutionnel parfois sec, une exigence profondément philosophique : la justice du soin se mesure à sa capacité de rejoindre les personnes là où elles sont, et non à les contraindre à correspondre d'abord à la forme administrative du sujet autonome.

4- Individualisant par un recours au « psy », ce qui devrait se penser plus collectivement en termes d'organisation du travail à repenser.

VII. Dignité, justice, santé

Tout cela conduit à déplacer la notion même de santé. Si la santé n'est conçue que comme intégrité fonctionnelle, la vulnérabilité n'apparaîtra que comme déficit, et la victime comme cas particulier. Mais si la santé désigne plus largement la possibilité pour un sujet d'habiter le monde, de soutenir des liens, d'avoir une prise minimale sur son existence, de ne pas être entièrement dépossédé par la douleur, la dépendance ou l'humiliation, alors la vulnérabilité et la victime deviennent des catégories centrales de l'éthique de la santé

[2] [5] [10].

On comprend dès lors que le soin ne soit pas seulement technique. Il est intrinsèquement normatif et politique. Il engage une certaine idée de la dignité, de la justice, de l'hospitalité. Il oblige à demander : qui n'est pas entendu ? qui ne comprend pas ? qui ne peut pas consentir réellement ? qui renonce au soin parce que la procédure est trop lourde, la langue trop étrangère, le temps trop court, la honte trop grande ? [11] [20] [22] [24] Une institution de santé ne se juge pas seulement à ce qu'elle répare, mais à ceux qu'elle laisse tomber.

La dignité, dès lors, ne peut être pensée comme attribut des existences intactes. Elle apparaît, au contraire, avec une intensité particulière là où l'altération rend plus tentante l'indifférence. Éric Fiat l'a montré avec force : la dignité ne se mesure ni à la performance, ni à la maîtrise, ni à la pure autonomie^[13]. Bertrand Quentin, lui, nous contraint à reconnaître que les vies handicapées ne sont pas des vies moindres, mais des vies qui obligent la philosophie à défaire ses classements implicites^{[14] [15]}. Le soin juste naît peut-être exactement à cet endroit : lorsqu'il ne se détourne pas de ce qui, dans l'humain, est ralenti, dépendant, empêché, usé, blessé, et qu'il s'y tient sans dégoût, sans condescendance, sans empressement à réduire.

Il y a, dans toute vulnérabilité, un risque d'humiliation. Non seulement parce que la dépendance expose à la domination, mais parce qu'elle expose au regard qui ne voit plus qu'un manque. L'éthique du soin a donc aussi charge de discrétion, de tact, de retenue. Elle ne protège pas seulement la vie biologique ; elle protège ce reste de pudeur, de visage, de réserve intérieure sans quoi la personne, même techniquement bien prise en charge, peut se sentir symboliquement perdue. Soigner, c'est aussi empêcher qu'un sujet soit rendu étranger à lui-même par la manière même dont on le traite^{[3] [11] [13]}.

Conclusion

La vulnérabilité dit que l'homme est exposé. La victime rappelle que cette exposition peut devenir blessure, et la blessure, tort. Le soin, enfin, n'a d'autre noblesse que de répondre à cette double vérité, sans illusion de toute-puissance, sans réduction du sujet à ses atteintes, sans abandon des plus fragiles à la violence des normes dominantes. Si ces notions occupent aujourd'hui une telle place, c'est que nos sociétés savent mieux, peut-être, que l'humanité ne se reconnaît jamais autant qu'au bord de ce qui peut la défaire.

Mais cette lucidité ne vaudra qu'à une condition : que l'on sache protéger sans assigner. Reconnaître les vulnérabilités, oui ; mais sans enfermer les personnes dans leur vulnérabilité.

Entendre les victimes, oui ; mais sans faire de leur blessure leur définition dernière. Soigner, en ce sens, ce n'est pas seulement réparer, mais c'est aussi maintenir ouverte, jusque dans l'épreuve, la possibilité d'une subjectivité qui ne se laisse pas entièrement recouvrir par ce qui la blesse.

Le soin éthique n'est donc pas la simple administration de techniques justes. Il est une fidélité. Fidélité à l'humain lorsque celui-ci paraît le plus exposé, le plus dépendant, le plus menacé de n'être plus regardé que comme manque, trouble, charge ou déchet. En ce point seulement, peut-être, la santé rejoint la justice : lorsqu'elle ne prétend plus seulement restaurer des normes, mais répondre à des vies que l'épreuve rend plus urgemment dignes d'attention.

Bibliographie

- [1] Anzieu, Didier. *Le Moi-peau*. Paris, Dunod, 1995.
- [2] Canguilhem, Georges. *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF, 1966
- [3] Levinas, Emmanuel. *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*. La Haye, Martinus Nijhoff, 1961.
- [4] Jonas, Hans. *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. Paris, Cerf, 1990.
- [5] Ricœur, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil, 1990.
- [6] Ricœur, Paul. *Le Juste*. Paris, Esprit, 1995.
- [7] Tronto, Joan. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, La Découverte, 2009.
- [8] Butler, Judith. *Vie précaire. Les pouvoirs du deuil et de la violence après le 11 septembre*. Paris, Amsterdam, 2005.
- [9] Le Blanc, Guillaume. *Que faire de notre vulnérabilité ?* Paris, Bayard, 2011.
- [10] Worms, Frédéric. *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?* Paris, PUF, 2010.
- [11] Pelluchon, Corine. *Éthique de la considération*. Paris, Seuil, 2018.
- [12] Fiat, Eric. *Ode à la fatigue*. Paris, Éditions de l'Observatoire, 2018.
- [13] Fiat, Eric. *Petit traité de dignité. Grandeurs et misères des hommes*. Paris, Larousse, 2010.
- [14] Quentin, Bertrand. *La philosophie face au handicap*. Toulouse, Érès, 2013.
- [15] Quentin, Bertrand. *Les invalidés. Nouvelles réflexions philosophiques sur le handicap*. Toulouse, Érès, 2019.
- [16] Fleury, Cynthia. *Le soin est un humanisme*. Paris, Gallimard, 2019.
- [17] Fassin, Didier, et Richard Rechtman. *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris, Flammarion, 2007.
- [18] Boltanski, Luc. *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*. Paris, Métailié, 1993.
- [19] Renault, Emmanuel. *Souffrances sociales*. Paris, La Découverte, 2008.
- [20] Castel, Robert. *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris, Seuil, 2003.
- [21] Soulet, Marc-Henry (dir.). *Vulnérabilité et travail social*. Fribourg, Academic Press Fribourg, 2005.
- [22] Haute Autorité de santé. *Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins*. Saint-Denis La Plaine, HAS, 2017.
- [23] Haute Autorité de santé. *Grande précarité et troubles psychiques : recommandations*. Saint-Denis La Plaine, HAS, 2023 ; et *Accompagner les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*. Saint-Denis La Plaine, HAS, 2024.
- [24] Santé publique France. *Inégalités sociales et territoriales de santé : les enjeux de santé*. Saint-Maurice, Santé publique France.
- [25] Service public. *Que peut faire la victime d'une infraction pénale ? ; Procès pénal : qu'est-ce qu'une partie civile ? ; Victime d'infraction : indemnisation par le fonds de garantie ou la Civi*. Direction de l'information légale et administrative.

Vulnérabilité, victime et éthique du soin

Pour une philosophie de l'homme exposé

Alain Vernet

*Psychologue, philosophe, Professeur Émérite de l'université
de Tours, Vice-Président d'Émeraude 58*

avec la participation de **Téo Orrillard**,
*Licence Droit-Philosophie,
Université de Poitiers*

Texte de philosophie du soin, cet essai montre que les notions de vulnérabilité et de victime traduisent un changement profond de regard : on pense moins l'homme à partir de l'autonomie et de la norme qu'à partir de son exposition à l'atteinte. La vulnérabilité désigne la possibilité d'être blessé, commune à tous mais inégalement aggravée selon les situations sociales, psychiques ou corporelles ; la victime, elle, désigne l'atteinte effectivement subie, lorsqu'une blessure devient aussi un tort appelant reconnaissance et parfois réparation.

Le texte plaide ainsi pour une éthique du soin fondée sur l'interdépendance, la justice et la dignité : soigner, ce n'est pas seulement réparer, mais reconnaître sans enfermer, protéger sans déposséder, et maintenir ouverte la possibilité d'une subjectivité même dans l'épreuve.