



HAL
open science

De l'espace intime aux mobilisations et économies du bien-être : évolutions contemporaines.

Anne Bargès

► **To cite this version:**

Anne Bargès. De l'espace intime aux mobilisations et économies du bien-être : évolutions contemporaines.. Économie de l'assistance - Mesure du soin, Mar 2013, Tours, France. hal-00862456

HAL Id: hal-00862456

<https://hal.science/hal-00862456>

Submitted on 16 Nov 2020

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.

De l'espace intime aux mobilisations et économies du bien-être : évolutions contemporaines

A.Bargès, 22 mars 2013

Un espace intime, une contradiction ?

Les dimensions de l'intime deviennent plus multiples et les frontières avec ce qui est publicisé plus poreuses. L'intime renvoie à ce qui ne se dévoile pas, ce qui est tenu réservé, secret, ou partagé entre-soi. Anne Gotman, sociologue, lors de notre 1^{ère} journée en 2011¹, parlait de l'hospitalité comme une « épreuve de l'autre », en tant que seuil critique entre espace intime et espace social. Valérie Feschet, ethnologue, dans un superbe travail sur les « papiers de famille »² décrivait bien les degrés de spatialité, de partage, de dévoilement de mémoires à travers les écrits familiaux dans les maisons.

Cet espace intime reste encore compris comme ce qui est « le plus intérieur », « le plus au-dedans », invisible et qui, dans la langue française, reste opposé à « public », se rapprochant ainsi du « privé » : on ne le partage pas ou peu, pas avec n'importe qui. De ce fait, *dire, voir, diffuser* l'intime semble contradictoire. Par contre *sentir, ressentir, éprouver* (sensations, émotions, sentiments) semble signifier l'intime.

L'espace intime se comprend aussi comme un *espace Infini, continu* où l'idée de mobilité est remplacée non par son opposé -une inertie- mais par un mouvement en soi. C'est ce qu'il y a dans le voyage extatique : religieux, initiatique ou thérapeutique. Il apparaît alors que dire cet indicible, l'exprimer ne peut se faire dans n'importe quelle condition et surtout pas dans des conditions qui amèneraient une discontinuité qui l'altérerait, ce que porte l'expérience.

Et pourtant on peut noter ces dernières décennies, on peut noter que *l'expérience est de plus en plus convoquée à partir de l'intime*³. Comme si on ne trouvait plus de 'terra nova' à découvrir.

¹ Anne Gotman « Ecueils et limites de l'hospitalité domestiques » dans *Prendre soin de soi, prendre soin d'autrui - histoire-sociologie-anthropologie* Journée d'Etude (A.Bargès org. avec F.O.Touati) [jeudi 17 nov. 2011](#)

² Valérie Feschet « Les papiers de famille : ethnologie de l'écriture domestique et des sentiments nostalgiques en Provence alpine », thèse de Doctorat es lettres, Aix-Marseille, 1993, édité en 1998 aux Presses de l'Université de Provence.

³ A.Bargès *Anthropologie et Sociologie associées au domaine de la maladie et de la médecine*, Ed°Ellipses, Paris, 2001

C'est moins les grands espaces qui émeuvent que les rencontres où l'affect déborde. Les histoires singulières, individuelles, ressenties, mises en récit ou en images, c'est cela qui émeut et sert d'enseignements : cf. télérealités, docufictions, voyage en 'terre inconnue' etc.). La maison, le corps, sont pensés comme des *enveloppes protectrices*, où la confiance par un entre-soi régulé est établie. Sont également enveloppants ces espaces multidimensionnels et virtuels -espaces et non plus lieux- comme : le blog, le sms, l'image ou le propos virtuel. La limite entre partage & non partage devient plus difficile à repérer, à contrôler. Parmi ces histoires singulières qui se médiatisent, on trouve les expériences de malheur, de maladie (grave) :

- ✓ Les sensations deviennent des ressentis et des sentiments qu'on partage
- ✓ Les troubles physiques et ceux plus immatériels et personnels, deviennent des épreuves révélatrices d'un sens donné la vie, d'un enseignement pouvant servir aux autres : l'épreuve, par excellence (ex : paroles de malades du cancer⁴ etc.) qui d'ailleurs réunit les personnes ayant un même vécu.

Dernière remarque : cette intimité *n'a pas de valeur*, du moins dans sa conception monétaire classique : *elle ne se marchande pas*

L'intime, accessible ?

Cet objet social ainsi qualifié serait donc peu accessible à l'enquête : il faut être dans le secret des initiés, devenir de ceux dont la présence est banale/habituelle, naturelle et non distante. La mobilisation des émotions ou des épreuves les plus intimes peut aussi se faire dans un cadre personnalisé privé ou dans un cadre collectif, rassuré et rassurant, orienté par une confiance mutualisée et une spontanéité⁵.

L'intime apparaît subjectif mais cette subjectivité est cependant fabriquée par des cadres sociaux, et tient à des logiques collectives, c'est ce qui permet de l'observer. Les pratiques de soin, objet de notre intérêt, se regroupent sous des génériques : somatothérapies⁶, thérapies de mise en conscience du corps et de techniques de relaxation assez diversifiées (sophrologie etc.). Dans leur acquisition et dans leur expression professionnelle, ces pratiques placent au premier plan la référence à l'intimité, essentiellement sous l'angle des émotions, replacées dans un vécu éprouvant.

⁴ A.E. Kaufmann de Swiec *La représentation sociale de maladies graves : les cas de la lèpre et du cancer*. Thèse de Sociologie, EHESS, Paris.1982

⁵ La (re)tenue affective et expressive (physique) est devenue un des principaux préceptes de neutralisation, de mise à distance de l'autre, standardisés et enseignés comme qualités essentielles de maîtrise de soi, dans les métiers et professions du sanitaire et du social, chez les secrétaires médicales etc.

⁶ *Soma*, le corps, la matière.

Le cadre d'enseignement et de perfectionnement de ces pratiques facilite l'enquête empirique par la participation à des collectifs dans le cadre de séminaires, de réunions associatives⁷ par ex. Le fait de se raconter, de mettre en discours sa vie, avec d'autres, fait partie intégrante du travail de formation, de transformation personnelle et professionnelle attendue. La mise en parole du parcours de vie, des impressions et des ressentis associés –intérieurs et extérieurs- n'est pas vécue comme une injonction, c'est une étape obligatoire pour mieux se connaître, les maîtriser mais aussi partager, voire communier.

La sensibilité, l'intuition y sont des qualités essentielles, valorisées, valorisantes, en opposition à un monde rationnel, contenu. La confiance nécessaire à l'empathie s'opposerait alors à une logique de calcul. Ces qualités sont comprises comme *pré-acquises*, *innées* par le biais d'un « talent » ou comme transformant la personne au plus profond par le biais « d'expériences » vues comme fragilisantes⁸ et formatrices à la fois. C'est particulièrement le cas des maux du corps/de l'esprit, des maladies ou troubles chroniques plus ou moins graves au regard de la biomédecine. Ces qualités donnent aux personnes concernées, qui les expriment, une *dimension élective* : elles deviennent en quelque sorte *des aventuriers de l'intime*. Cet aspect *essentialiste* a sa place dans des formations, standardisées et payantes ; il en devient même l'argument marketing premier.

On retrouve les conditions d'expérience étudiées par le champ de l'anthropologie de la maladie (*anthropology of illness*), de la sociologie de la santé puis de l'anthropologie médicale *medical anthropology*⁹: la maladie –une des formes d'expression du malheur selon M.Augé¹⁰- pousse à une quête de soins, mais aussi à une quête de sens et à une quête de soi. Y s'agglomèrent ainsi intimité, secret et diffusion du secret. Ne parle-t-on pas de « vendre sa maladie »¹¹ car l'individu cherche des traitements, des réseaux d'appuis, un nouveau métier en exposant son mal, mais aussi sa réputation et d'être stigmatisé socialement et discriminé. Les *itinéraires thérapeutiques* décrits stipulent l'idée de *mobilité, de contact et de transformation* ; ils s'avèrent être des processus multiformes d'apprentissage délocalisé et de quête d'émancipation : ce que dans des

⁷Cf le travail d'observation au sein des associations antialcooliques réalisé par S.Fainzang, *Ethnologie des anciens alcooliques*. PUF-CNRS, 1996

⁸ Ce terme « fragile » est présent de plus en plus dans un cadre usuel et institutionnel ; fort utilisé comme « catégorie » par les professions médicales voire sociales, cet usage devient abusif et stigmatisant pour la personne qui a été un temps fatiguée et l'expose à des apriori et des biais d'interprétation en particulier dans le cadre du travail.

⁹ A la suite des écoles multidisciplinaires américaines et canadiennes de A.Kleinmann et G.Bibeau & E.Corin, des formations supérieures se créent en France à la fin des années 1980 pour former à la recherche ethnographique et aux SHS des jeunes professionnels de santé.

¹⁰ M.Augé et C.Herzlich, *Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Ed° Archives contemporaines, Paris, 1984.

¹¹ A.Bargès, « Entre Conformismes et Changements : le monde de la lèpre au Mali » in : *Soigner au pluriel* AMADES (org.), Aix en Provence, 1993

écrits antérieurs, j'ai nommé «le tour du monde » du malade en référence au « tour de France » du compagnon apprenti artisan.

Cure-Care, la place de l'intime

L'intime a longtemps été associé au « prendre soin » et opposé au *cure*. Du XIX^{ème} siècle au XX^{ème} siècle, se cristallise une opposition entre le *cure* et le *care*, tension de nombreuses fois analysée depuis :

- ✓ Le Cure avec ses renvois au médical, au diagnostic, à la technique, à la rationalité, voire aux coûts de santé ; renvois sous-tendus à l'histoire corporative, régulée de la médecine, à la place des techniques, des médecins et de leur spécialisation.
- ✓ Le Care avec ses références culturelles liées à la dimension relationnelle, voire vocationnelle, à une attitude prenant en compte la personne aidée ou soignée : la bienfaisance, la compassion, la vocation, la morale (religieuse), les mœurs mais aussi, sous un angle laïque, à la solidarité et la gratuité¹²

A la fin du XIX^{ème} siècle, il existe une résistance au salariat des premières femmes soignantes à l'hôpital et montre la résistance à concevoir un *care* payé ; les activités infirmières étant jusque-là exercées par les religieuses ou des femmes laïques bénévoles : « aux *anges en cornettes*, les religieuses, les conservateurs opposent les *laïques* dévoyées, mercenaires qui s'engageraient auprès des malades pour des considérations bassement salariales »¹³. Il se passe le même clivage entre social et sanitaire pour permettre l'émergence de métiers allant exercer dans la sphère domestique (métier lié au contrôle de l'hygiène évoluant vers différents métiers dont celui d'assistante sociale). Cette dichotomie cure-care se superpose à une hiérarchisation où le *cure* domine le *care* et qui se subordonne à plusieurs valences également hiérarchisées:

- ✓ le genre : le masculin se trouvant du côté de la médecine, des soins diagnostiques et techniques (même si les médecins vont progressivement déléguer des tâches techniques, aux infirmières¹⁴
- ✓ la nature et la culture : le *care* serait comme allant de soi, considéré comme une qualité 'naturelle' féminine .
- ✓ l'espace : l'extérieur (visible-public-professionnel- mobile-mâle) s'opposant à l'intérieur (invisible - privé – domestique -statique - féminin)

¹² Les faibles salaires des aides-soignants, aide médicale etc. s'expliquent aussi à partir de cette construction socioculturelle et structurelle des métiers de soins.

¹³ A. Petitat « La profession infirmière – un siècle de mutation » in P.Aiach et D.Fassin (ss la dir°), *Les métiers de la santé – enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos,1994 : 227-259.

¹⁴ Voir le travail de A-M Arborio sur la délégation du *dirty work* vers le métier naissant d'aide-soignante autour des années 50 : « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital » *Sciences Sociales et Santé*, n°3, 1995, pp. 93-126

- ✓ le travail : le *care* n'étant pas considéré comme du travail car non régulé
- ✓ l'économie : la valeur monétaire, les transactions économiques et l'emploi salarié concernant le *cure*, les tâches domestiques, sociales, bienfaitantes étant par nature gratuites.
- ✓ L'objectif et le subjectif
- ✓ Le discontinu, le fini (contrôlé, rationalisé, quantifiable) et l'infini

Cette prise de conscience à la fin du XXème siècle a d'ailleurs déclenché un mouvement inverse dit « d'humanisation » des soins et à une formalisation légale et institutionnelle dans le cadre de politiques de santé (cf loi Kouchner). Y ont contribué les travaux de sociologie, d'histoire et d'anthropologie sur les relations soignants-soignés, la dimension sociale et la prise en compte d'autres modes de pensée et de soins.

On peut néanmoins souligner que l'intimité a toujours fait l'objet de transactions. Zelizer et Modak¹⁵ ont particulièrement souligné la forte propension à vouloir séparer la sphère de l'intime, du *care*, de celle de la consommation, de l'argent. On peut d'ailleurs rappeler le débat toujours évité en France sur l'assistance sexuelle aux personnes handicapées ; alors qu'il s'est posé avec moins de tension dans des pays proches (Suisse).

De l'intime au bien-être

Les activités et cette place donnée à l'intime sont l'expression d'un contexte de généralisation de pratiques dites de *bien-être*. Les années 70 ont vu une progressive et sûre revalorisation d'une *dimension relationnelle et holiste* dans les représentations occidentales/euro-américaines du corps, dans les pratiques de soins du corps et dans celles de prise en charge de sa personne. Cette généralisation est en lien avec une montée de l'individualisme et de différentes mobilisations sociales, alternatives au départ, associatives, critiques vis-à-vis du pouvoir biomédical. Puis, légitimées dans différents espaces, elles se sont installées progressivement dans l'espace public, les mentalités et le quotidien des personnes :

- ✓ les références centrales étant l'harmonie, l'équilibre et une prise en charge globale corps-esprit.
- ✓ la maladie évoluant vers le domaine du sensible, du vécu
- ✓ la prise en charge proposée se disant globale, avec des vertus que n'aurait plus la biomédecine avec sa vision d'un « corps en morceaux »

¹⁵ V.Zelizer « L'Économie du care » *Revue Française de Socio-Économie*, 2008, n°2, pp. 13 à 25 ; M.Modak « Le travail social et la professionnalisation du « prendre soin » : essai de délimitation d'un terrain », Journée d'étude *L'économie du « prendre soin* », Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques, Lausanne, janvier 2009.

Les circulations internationales liées à ces mouvements ont favorisé la connaissance d'autres conceptions philosophiques (Inde, Asie, Amérique du sud) et d'autres pratiques du corps :

Au départ subordonnés à des phénomènes de distinction socioculturel et économique, le goût et l'attrance vers ces pratiques se sont répandus dans un large public. La diffusion va passer par des médiateurs déjà légitimés : médecins officiels, officines, facultés de médecine. Ils vont enseigner, pratiquer, transmettre ces « nouveaux » points de vue, de nouveaux usages du corps. Les dites médecines parallèles, alternatives ou douces, vont prendre place dans l'espace des pratiques de soins jusqu'à obtenir une légitimité et une transmission officielle : espace universitaire, diplômes, exercice de la médecine¹⁶. Même si en France la notion de « médecines non conventionnelles » n'est pas reconnue. Il y a donc au tournant du XXIème siècle un ancrage de l'idéal holiste, de la place des forces de l'esprit et de la place de la personne dans des représentations communes et officielles du soin.

Plus récemment, l'ayurveda a vécu une expansion très rapide¹⁷. On peut parler d'industrialisation du bien-être et de techniques de l'entretien de soi (corps, sens, esprit, émotions). Ces différentes somato-thérapies en vogue vendent voyages, séminaires, séjours initiatiques, centres de remises en forme etc. au Brésil, en Asie, en milieu rural. Les thérapies sont publicisées et recherchées pour leurs dites vertus traditionnelles ou douces, tout en étant produites comme des marchandises, répondant à l'offre et la demande, sur la base de capitaux existant (hôtellerie, tourisme, espaces rares, exotisme, qualité, beauté, performance etc.). Ce développement industriel mêle références à l'intime, au traditionnel, à celles liées au global et à l'international.

Certaines Somatothérapies comme la sophrologie se placent depuis dix ans dans un champ de plus en plus concurrentiel, un marché. On vante la prise en compte des interrelations matière-corps-émotions-conscience avec des emprunts divers asiatiques relus au filtre de logiques occidentales. Le métier tire l'essentiel de son identité : de l'écoute, d'un travail corporel et cognitif et de la mise en action d'une intuition maîtrisée. Le discours fondateur de ces activités et doctrines repose sur l'interdépendance affirmée d'une attitude vers soi, pour soi, tout en soignant autrui de manière rétribuée. Ces nouvelles pratiques ont participé :

- ✓ de l'extension de l'usage du mot « soin » jusque là délaissé par la médecine
- ✓ du passage de la prise en charge d'une absence de pathologie à celle large de bien-être

¹⁶ A. Bargès, *Les médecins douces : entre faculté de médecine et savoirs initiatiques*, communication séminaire dept de sociologie, dec.1999. On peut aussi citer l'inscription de soins doux dans le cadre institutionnel de suivi de pathologies cancéreuses et très récemment, l'EMDR, prend une voie comparable de légitimation par le biais de quelques psychiatres.

¹⁷ L. Pordié « Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation » *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2011, n°1, pp.3-12.

- ✓ d'une place toujours plus grande de discours préventifs de la médecine versus santé publique, d'une responsabilisation de la personne et d'une psychologisation du social

Les médiateurs vus plus haut prennent la forme de personnages charismatiques souvent issus du milieu médical qui deviennent des figures tutélaires de l'école de pratiques qu'ils prônent. Ainsi en sophrologie, la figure de référence est Caycedo, médecin, psychiatre, chirurgien, au vécu international. Les savoirs et l'apprentissage technique vont être standardisés, référencés mais aussi certifiés, accrédités pour être enseignés. Véritable « marque de fabrique », directement répercutée dans les différents marchés de la formation professionnelle -du stage au diplôme, des réseaux entre pairs aux séminaires. Comme étape récente, soulignons leur généralisation dans les discours RH ressources humaines s'associant aux références déjà bien installées dans les entreprises de « développement personnel », s'installant doucement comme une solution alternative à la santé au travail. Ainsi la normalisation de ces pratiques passe par les structures de formation invitant des « experts » et par les compensation aux entreprises se préoccupant du bien-être de leurs salariés. Ces somato-thérapies répondent à des attentes actuelles par différents messages :

- ✓ un message d'apaisement pour soi et *de facto* pour les autres
- ✓ un message d'indépendance (et de responsabilité) de la personne par rapport à son milieu
- ✓ un message d'adaptation au marché du travail , par ex dans une reconversion
- ✓ un message d'investissement et de valorisation personnelle et professionnelle
- ✓ un message de réussite, de mérite (d'élection) : le but affirmé est de réussir, d'être un individu « équilibré », organisé et adapté/table, sachant communiquer, être mobile etc.

Ainsi « soi » est devenu un investissement professionnel. La réflexivité, la maîtrise de soi et des émotions - de l'expression des émotions-, les techniques de bienséance versus bienveillance deviennent des outils professionnels. Outre la formation dans le cadre RH, les personnes cherchent à se reconverter pour exercer ces nouveaux métiers de soins qui s'affirment prometteurs tant pour la personne qui exerce que pour l'insertion socioéconomique qu'ils procureraient. On y remarque cependant la présence de disparités , en particulier sexuée :

- ✓ les hommes sont largement minoritaires dans les groupes de formation à ces somatothérapies, tout en présentant des attitudes concurrentielles basée sur la réussite économique de leur nouvelle activité
- ✓ ils savent plus se distinguer au sein de la formation et leurs discours valorisent les techniques et l'installation en cabinet (de ville)
- ✓ Les femmes vont plus souvent cadrer leurs activités dans leur espace privé de vie, dans le service à la personne (à domicile), en ne pensant pas à la réussite sous l'angle économique, mais plutôt sous l'angle d'un épanouissement personnel ;

- ✓ Le seules femmes échappant à cette logique d'espace domestique et d'effacement sont des femmes déjà professionnelles de santé (infirmières, kiné, diététicienne) ou du social qui associeront leur nouvel apprentissage à leurs pratiques existantes dans un cadre classique -libéral ou institutionnel- dans un espace donc public et rétribué.

Des économies de bien-être, de nouveaux espaces entre-deux

Ces pratiques de soin associant rétribution, nouvelles formes d'activité de soins attirent particulièrement des femmes en leur vantant une nouvelle activité épanouissante et indépendante ou une spécialisation. Dans nos enquêtes, on peut noter différents territoires de pratiques :

- ✓ institutions (salariés faisant une formation continue reconnue dans l'enseignement supérieur)
- ✓ local en ville : indépendants ou professions libérales (exercice en cabinet des professions de santé), commerçants (salle de remise en forme, salons d'esthétique),
- ✓ ou associatifs .. centres culturels

mais aussi

- ✓ espaces domestiques privés (séances chez le particulier) : soit chez le futur « soignant » (chez lui avec des degrés -selon les moyens- dans la spécialisation des espaces), soit au domicile des gens ce qui implique de la mobilité et de la disponibilité.

Des activités/secteurs déjà présentes dans l'espace marchand vont servir de tremplins existants et favorisant ces nouvelles activités de « care » ; il y a donc là des formes de rétribution déjà installées et l'existence d'un marché souvent très concurrentiel, citons :

- ✓ le domaine de l'esthétique : salons de beauté ou développement des pratiques à domicile ou en hôpital
- ✓ le domaine du sport : salles de sport, devenant centres de remise en forme
- ✓ le domaine de l'hôtellerie et du tourisme (du services en chambre aux services à la personne) :
 - l'hôtellerie va s'intimiser à travers le développement des chambres d'hôtes ;
 - elle va aussi servir d'espace de formation en proposant des séminaires intégrés
 - et également des « stages de vie » autour d'un coach par ex.
- ✓ dans le domaine de l'entreprise et du management avec la formation professionnelle, les RH et le développement personnel

- ✓ les services à la personne : il y a un passage du domestique à l'intime, de la domesticité classique aux services à la personne à domicile, s'adressant en particulier aux personnes malades et/ou âgées

Ainsi via le monde du travail, la marchandisation de l'intime est un des aspects de la recomposition des frontières entre public et privé.

Certains territoires fusionnent : on y trouve une mixité entre l'intime et le convivial. D'autres sont plus rassurants par la référence à un espace privé, protégé, tranquille : c'est le cas de la maison d'hôte qui est un cadre privé partagé ; c'est aussi le cas de lieux qui permettent des « retraites » qui se veulent des lieux *partagés* qui cependant *isolent* du monde..

Cependant ces espaces n'en restent pas moins des objets de transactions, d'émoluments. Il existe des formes appropriées de paiement, adaptées à cette diversité de lieux et pratiques qu'une seule et même personne peut cumuler :

- ✓ consultation (cabinet, indépendant, formateur)
- ✓ commerce CCI, autoentreprise
- ✓ salariat (hôtel, centre de remise en forme, centre culturel, entreprise, start-up)
- ✓ pourboires, vente de produits dérivés (CD, livres..)
- ✓ activités associatives : du paiement à l'acte à l'entraide

La gratification s'inscrit dans la hiérarchie de valeur, de salaire existante : l'entreprise fournissant un revenu supérieur à celui du service à domicile par ex.

Pour conclure

De nouvelles pratiques de soin apparues dans la deuxième moitié du XXème siècle se sont particulièrement développées au point d'être devenues banales dans ce qui est appelé le domaine du « care », du « prendre soin ». Cette inscription tant dans l'espace public, entrepreneurial et privé a contribué à une frontière abusive entre le domaine du *care* du domaine du *cure* alors même qu'au XXème siècle, cette prise de conscience avait déclenché un processus dit « d'humanisation » des soins : « on garde du care les valeurs de solidarité, de prise en charge de la dépendance... et on oublie que ces valeurs sont incarnées dans des activités souvent très lourdes et difficiles. On oublie que le care est un travail qui demeure souvent invisible, gratuit ou très mal payé»¹⁸.

¹⁸ Modak 2011, entretien dans La Lettre du Centre d'Information et de Formation des services à la personne (EESP) de Lausanne.

Les pratiques faisant référence au « care », au « prendre soin », à un équilibre (soma-esprit-environnement) et une gratuité qu'on ne trouverait plus dans la pratique de soins classique, pourraient faire craindre que le fait d'être assujéti aux calculs monétaires empêcherait l'intimité partagée essentielle à ces soins¹⁹. S'y associent bien rétribution, marché et espaces classiques de production. Mais elles permettent aussi l'utilisation de lieux, d'espaces considérés classiquement comme privés, intimes et gratuits, longtemps invisibles. Ces nouvelles formes d'activité de soins attirent particulièrement les femmes en leur fournissant dit-on un moyen de vie indépendant et/ou de reconstruction sociale ; ce processus pourrait-il donc réellement modifier les tensions préexistantes au *care* : celles liées au sexe, à l'espace et à la réussite sociale ?

Ainsi comprendre les transformations de la notion d'intime rencontre les transformations des perceptions du soin, de son institutionnalisation et révèle un 'prendre soin' de plus en plus médiatisé (et peut être artificiel) alors que la quête d'un mieux être parfait se veut de plus en plus intérieure et normative dans de nombreuses sphères de la société, par exemple managériales. Ne doit-on pas craindre que trop de renvois essentialistes, psychologiques ou moraux, un usage à tout va des mots -« soin », « care » ou « empathique »-, galvaudent cette référence du *prendre soin* et impactent la visibilité et la reconnaissance tant sociale qu'économique d'attitudes, de pratiques et de lieux/espaces/sphères partagés et négociés entre employeur-employé(e), aidant(e)-aidé où se concilient intimité, action productive et rétribution ?

Anne Bargès
Tours, mars 2013

¹⁹ Cf Zelizer 2008, op. cité

A. Bargès - *De l'espace intime aux mobilisations et économies du bien-être : évolutions contemporaines* - International Multidisciplinary Workshop *Economie de l'assistance, mesure du soin*, Salle des Actes - Université de Tours, 22 mars 2013

Axe transversal (créé 2010) « Corps, Sollicitude (prendre soin), Santé : aux carrefours de soi, d'autrui et du monde », org. Bargès & Touati, Equipe COST-Equipe EMAM - UMR 7324 CNRS-CITERES

ÉCONOMIE DE L'ASSISTANCE – MESURE DU SOIN

Vendredi, 22 mars 2013

Journée internationale CITERES

6^{ème} action transversale « corps, sollicitude, santé »

A. Bargès – F.O. Touati (org.)



Mots-clés : sollicitude, bienfaisance, rapports sociaux, espace intime, pratiques de soins, espace social, histoire, anthropologie, sociologie, Moyen Âge, époque moderne, époque contemporaine, Orient, Occident, dynamiques sociales, solidarités informelles, dynamiques spatiales, cadre hospitalier, care

Présentation

Faisant suite à la 1^{ère} journée « Prendre soin de soi, prendre soin d'autrui » (novembre 2011) qui a permis une approche comparatiste des postures de la sixième action transversale de CITERES, les dynamiques sociales et territoriales (en particulier urbaines) du « prendre soin » seront ici abordées et discutées sous l'angle de l'économie et de la mesure.

Il s'agit d'aborder les frontières de décision, de calcul, de mobilisation, et de mise en acte de la sollicitude, dans un cadre concernant la bienfaisance, le médicalisé, les pratiques informelles, le travail social, les soins, l'intime... L'approche mettra en contact des disciplines, des temporalités – du Moyen Âge à nos jours – et des spatialités – Orient-Occident, Nord-Sud – variées mais congruentes.

A.Bargès - *De l'espace intime aux mobilisations et économies du bien-être : évolutions contemporaines* - International Multidisciplinary Workshop *Economie de l'assistance, mesure du soin*, Salle des Actes - Université de Tours, 22 mars 2013

Axe transversal (créé 2010) « Corps, Sollicitude (prendre soin), Santé : aux carrefours de soi, d'autrui et du monde », org. Bargès & Touati, Equipe COST-Equipe EMAM - UMR 7324 CNRS-CITERES

Programme

Matinée, Salle des Actes TA 203 - Site des Tanneurs, Université de Tours

9h30 - Accueil par les organisateurs :

A.Bargès, anthropologue et **F.O.Touati**, historien.

- **François-Olivier Touati** (Université de Tours, Citères/EMAM) : *Gratuité et prix des soins au Moyen Âge, la vision des médecins (Orient-Occident)*.
- **Gabriella Piccini** (Université de Sienne) : *L'activité bancaire des hôpitaux au Moyen Âge, une œuvre d'assistance : l'exemple de Sienne*
- **Nora Lafi** (Zentrum moderner Orient, Berlin) : *la dimension civique urbaine du soin dans l'Empire ottoman : des hôpitaux d'ancien régime à la période des Tanzîmât*
- **Viola Hörbst** (Université de Göttingen) : *Technologies médicales, pratiques informelles et économie de la procréation en Afrique subsaharienne musulmane*

Après-midi , 14h30 - Site des Tanneurs, Salle des Actes

- **Benoist Pierre** (Université de Tours, CESR) : *L'économie de l'assistance selon Théophraste Renaudot*.
- **Christelle Rabier** (Wellcome Trust & London School of Economics and Political Science) : *Financer les soins à l'échelle du quartier : le rôle des institutions paroissiales à Paris, Marseille et Londres, XVIe-XVIIIe siècle*.
- **Stéphane Henry** (Université du Havre) : *Le passage du bénévolat à la professionnalisation médicale : le cas des visiteuses aux XIXe et XXe siècles*.
- **Anne Bargès** (Université de Tours, Citères/CoST) : *De l'espace intime aux mobilisations et économies du bien-être : évolutions contemporaines*.

Discussion et conclusion