



HAL
open science

Affinités électives et pertes d'affinités : le care et l'analyse sociologique

Rod Watson

► **To cite this version:**

Rod Watson. Affinités électives et pertes d'affinités : le care et l'analyse sociologique. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Jun 2009, Nice, France. hal-03424135

HAL Id: hal-03424135

<https://hal.science/hal-03424135v1>

Submitted on 10 Nov 2021

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.

Affinités électives et pertes d'affinités : le *care* et l'analyse sociologique

Rod Watson

Sociologue, Institut Marcel Mauss, LIAS. Spécialiste de l'Ethnométhodologie. Rod Watson a été distingué en 2009 pour l'excellence de son travail dans le champ de recherche de l'American Sociological Association. Il est l'auteur entre autres ouvrages d'Analysing Practical and Professional Texts: A Naturalistic Approach : Ashgate Publications, G.B.

Je voudrais commencer par introduire, de façon schématique, deux éléments de base pour une définition du *care* qui est prédominante dans le monde Anglo-Saxon. Ensuite, je me demanderai si les approches sociologiques du *care* nous fournissent les instruments adéquats pour saisir chacune de ces deux conceptions.

Ma discussion se limitera à une des acceptions centrales du *care*, car il existe bien sûr des nuances et des distinctions additionnelles mais elles touchent à des questions qui vont au-delà de cette brève contribution. Parmi les distinctions, celle que je commenterai est devenue me semble-t-il générique à la lumière des récents développements sur la nature du *care*.

Un terme comme le « *care* », comme la plupart des termes linguistiques, est dynamique. On peut ainsi parler d'une histoire naturelle de ce terme, de son évolution dans le temps à la fois comme terme naturel et comme terme sociologique professionnel (cf. Rose, 1960).

Le terme « *care* » est aussi polysémique, il revêt plusieurs sens, reliés par ce que le dernier Wittgenstein appelait des « ressemblances de famille » (cf. Heritage 1978). Se pose alors la question de savoir à quelle famille de termes *care* appartient. On trouve une idée analogue exprimée par Goffman lorsqu'il remarque : « Aujourd'hui les concepts sociologiques doivent être traités avec affection, chacun doit être resitué dans les contextes où ils s'appliquent le mieux, développé à partir de ce fond, où qu'ils nous mènent, de façon à révéler le reste de sa famille » (Goffman, 1961).

On doit ajouter à cette citation que le terme lui-même n'est au fond qu'un terme sociologique naturel, utilisé dans des raisonnements de sens commun et dans des discours ordinaires. A quel endroit ce terme « s'applique le mieux », c'est une affaire de ressemblances de famille et son domaine de signification comme d'application évolue peu à peu.

Les définitions professionnelles du *care* (qui couvrent aussi bien celles des sociologues traditionnels que des travailleurs sociaux) sont typiquement ancrées dans une famille naturelle, même lorsqu'elles tendent à être contestées. On s'occupera donc de la question de la « famille », ou « collection naturelle » de termes avec lesquels le *care* peut être associé (cf. « préoccupation », « attention », « conseil », « réhabilitation »).

Les approches descendantes

Tout d'abord, il existe un élément historique lié à l'emploi de ce terme. Pendant plusieurs décennies, commençant dans les années de l'immédiat après seconde guerre mondiale, le concept « professionnel » de *care* était probablement ce qu'on peut appeler un concept construit par « en haut », de manière descendante. Ce concept a prévalu au début de l'Etat providence britannique, par exemple dans la distribution des services de soin et du travail social. Il a prévalu dans les travaux de la plupart des chercheurs qui travaillent sur l'Etat providence, en particulier chez Richard Titmuss (1958), dont les recherches ont eu une influence immense sur la sociologie et dans la gestion de cet Etat providence.

C'est une conception du *care* où les professionnels chevronnés à la tête des organismes, des administrations et des départements qui gèrent l'Etat providence, décident ce qu'est le *care* en général – souvent, bien sûr, sur la base de directives du gouvernement de la période.

La conception de ce que le *care* signifie transite par des hiérarchies bureaucratiques, de haut en bas, jusqu'au niveau des intervenants qui interagissent avec le public ou les « clients ».

Ces définitions et ces mises en œuvre par en haut impliquaient de façon caractéristique une catégorisation des bénéficiaires du *care* dans les termes prescrits par ceux « du haut » de la bureaucratie en cause. Ce qu'on obtient alors est une définition formatée, pré-établie, rigide du *care*, qui à son tour produit une catégorisation des bénéficiaires du *care* selon les termes des modèles de service de l'agence impliquée dans la prestation.

Le plus souvent, ces catégorisations des bénéficiaires du *care* étaient construites uniquement en termes de « pathologie », de « manque » (de compétences ou de mobilité) ou encore de « déviance ». En conséquence, les bénéficiaires étaient définis par les prestataires du service uniquement comme « pathologiques » en rapport avec les divisions établies par chaque organisme. Les capacités des bénéficiaires n'étaient jamais prises en compte. D'une façon générale, les bénéficiaires étaient traités par ce modèle descendant comme des destinataires « passifs » du soin qui leur était délivré.

Ce modèle du service « par en haut » du service manifeste ce que Max Weber appelait des « affinités électives » avec les modèles théoriques provenant de la littérature sociologique professionnelle qui prévalait à l'époque (Titmuss 1958). Ce modèle théorique dominant de la bureaucratie mettait l'accent sur des procédures hiérarchiques descendantes (cf. Weber encore) et sur les « processus par en haut ». Très peu de modèles mettaient l'accent sur la dimension horizontale, distribuée et en réseau de l'autorité, de la prise de décision ou de l'accomplissement des tâches.

La définition descendante du *care* présente donc des affinités électives avec la structure « par en haut » des organismes, dans le sens où cette définition peut être qualifiée, en suivant Crew (1988), de définition « théoricienne ». Cette définition provient d'une théorisation abstraite, de « haut niveau » caractérisable par des significations stipulées et des conceptualisations formelles. Ce modèle théoricien est relativement imperméable aux contraintes empiriques ou à l'invalidation. Ce concept de *care* restait purement théorique ou *theory driven*, il était conçu en partie de façon à être adopté par les organismes prestataires de service. Dans la mesure où cette catégorie conceptuelle de *care* était utilisée en sociologie pour traiter de cas réels, ces cas ne faisaient que reproduire la structure de la catégorie. Le théoricien s'octroyait un énorme privilège définitionnel, celui de stipuler ce que le *care* devait être. Même dans les cas où cette conception théorique tenait des propos critiques, par exemple concernant certaines conceptions pratiques défendues par un organisme, l'approche par en haut était rarement remise en cause – la conception sociologique théoricienne descendante n'était pas critiquée non plus. La théorie ayant, après tout, toujours eu un statut positif dans le monde académique.

L'alternative aux approches descendantes

Cependant, dans le contexte anglo-saxon, une sorte de tournant fondamental est apparu concernant la définition du *care*. Les rigidités du modèle descendant ont été perçues pour ce qu'elles étaient, principalement comme dissociées des situations quotidiennes et des préoccupations des bénéficiaires du *care* comme du public en général. Ces considérations ont donné lieu à un changement fondamental dans une certaine sociologie et dans la politique sociale : vers une conception ascendante et ancrée du *care* et un modèle nouveau de prestation de service.

Bien sûr, les débats à propos du *care* sont fréquemment associés aux approches féministes en sociologie. Cependant, selon le point de vue adopté ici, les arguments féministes ne constituent pas pour nous un corpus unifié. Ce qui veut dire que la plupart se cantonnent à adopter des démarches 'par en haut', seule une minorité étant ascendantes. Dans la mesure où beaucoup d'approches féministes relèvent de ces deux catégories, mes commentaires

s'appliquent autant à elles qu'aux approches sociologiques. Je n'entrerai donc pas dans une discussion critique des approches féministes, cela mériterait une recherche complète sur le sujet. Néanmoins, je peux renvoyer à une critique excellente (bien que non adressée au *care* en tant que tel), que l'on trouve dans l'article de Maria Woxks (2007).

Ces nouveaux modèles devaient être sensibles et réactifs à ce qui se passait à l'interface de la prestation du soin prodigué par les professionnels dans le respect du bénéficiaire. Le bénéficiaire est reconceptualisé comme « actif » dans la réception du service en tant que négociant activement à propos de l'étendue du service, de la nature du soin qu'il reçoit et de la définition du *care*. Le bénéficiaire n'est plus vu comme déficient, et le processus de soin n'est plus conçu comme uni-directionnel dans la relation pourvoyeur/bénéficiaire. Le processus est maintenant considéré comme réciproque, bi-directionnel, bi-latéral ou multi-latéral (s'il y a plus d'un client). Au lieu de traiter le client comme ce que Garfinkel (1967) appelle un « idiot culturel » ou un « idiot interprétatif », le bénéficiaire est maintenant vu comme ayant des identités et des capacités multiples, des motivations et des buts complexes, et aussi comme capable de participer à la définition de ses propres besoins. Le *care* en tant qu'activités de travail épouse maintenant ce qu'on pourrait appeler un soin orienté vers le destinataire où le *care* est conçu dans les termes de la situation et des caractéristiques particulières du client, ses réseaux, ses intérêts et son statut étant pris en compte.

En Grande-Bretagne, il en a résulté la création d'un budget de soutien aux personnes dans l'attribution des soins – c'est-à-dire, dans le domaine de l'aide sociale et du soin médical. On a commencé à accorder aux patients la parole et les moyens de participer aux décisions qui, jusque là, tendaient à leur être refusés. Dans une certaine limite, les clients peuvent allouer des ressources pour le genre de soin qu'ils désirent.

Or, ce changement fondamental n'a pas été soutenu par les théories classiques anglo-saxonnes de la sociologie académique. Les théorisations descendantes montrent un manque d'intérêt, un refus « d'affinités », pour ces nouveaux modèles du contrôle par les bénéficiaires, de l'engagement et de l'*empowerment*. Ils s'adaptent mal à l'analyse des micro-processus complexes qui se situent au niveau des interactions, des communications, et qui se manifestent à l'interface intervenants-clients. De tels processus restent ancrés à un niveau inférieur. Ces théories ne sont donc pas conçues pour saisir la façon dont les clients sont, dans chaque cas, impliqués dans la négociation du *care* avec les intervenants. Ces théories ne sont pas non plus bien équipées pour analyser quand les choses se passent mal avec ce nouveau type de service ; quand par exemple les parents refusent ou minimisent l'offre de l'intervenant à leur enfant. Ceci a produit des résultats qui ont profondément choqué le public. On peut citer l'exemple d'un cas de négligence fatale pour un enfant, où les institutions se sont vues refuser par les parents l'accès à l'enfant et ont échoué à enquêter. Il y a donc un véritable enjeu concernant l'implication et la place des enfants dans ce processus interactionnel dans le respect des obligations des institutions de *care*.

Le grand échec des théories sociologiques descendantes à analyser adéquatement les différents enjeux au cas par cas de l'implication du client dans la définition et dans l'administration de soin qu'ils reçoivent est en partie dû à leur incapacité à prendre explicitement en charge la façon dont les gens constituent, de façon collaborative et dans l'intersubjectivité, leurs situations courantes. On pourrait soutenir que ces théories sont intersubjectivement problématiques. Il y a donc une absence d'affinité entre les théories sociologiques descendantes et les approches ascendantes pour étudier les intervenants. Ces théories ne peuvent capter ni les intérêts ni les conduites des prestataires de service.

Ces théories sociologiques classiques sont donc pauvrement adaptées pour répondre à la question suivante : comment les déterminations spécifiques du *care*, au cas par cas, correspondent-elles à des occurrences singulières ? Quelle est la relation, s'il y en a une, entre

les différentes déterminations du *care* dans ce contexte précis ? Comment la notion de *care* peut-elle être traitée comme relevant de l'intersubjectivité en train de se faire ?

Autres approches sociologiques alternatives du *care*

Il y a cependant trois approches sociologiques qui sont susceptibles de répondre à de tels enjeux, qui se trouvent donc plus sensibles à une approche ascendante des modèles des services de soin. C'est un fait que ces trois approches se situent dans les marges actuelles de la discipline sociologique, et qu'elles sont en interface avec d'autres disciplines comme la psychologie sociale, la linguistique, la philosophie analytique et du langage ordinaire, l'anthropologie sociale, d'autres encore. Ces approches sont l'interactionnisme symbolique, l'ethnométhodologie dans ces deux versions (phénoménologique et wittgensteinienne), et l'analyse de conversation.

Chacune de ces approches, toutes fondées sur l'observation, se trouve, à sa façon, pertinente pour saisir et analyser le caractère d'occurrence naturelle et situé du comportement, tout autant que pour capturer les orientations intersubjectives des participants à ces activités dans leur contexte naturel. Chaque approche est de type ascendant et situé, c'est-à-dire qu'elle commence par des observations de ce qui se passe dans des situations ordinaires, et y ancre ses concepts théoriques, de même que ses assertions dans ses observations. Ces observations tendent donc à donner leur forme aux objectifs théoriques, plus que le contraire. Les approches sont orientées par les données plutôt que par la théorie, ou du moins pas intégralement orientées par les concepts. Toutes ces approches donnent donc leur forme à des méthodologies naturalistes qui les rapprochent de certains courants de l'anthropologie, plus que de la sociologie classique. Des observations de terrain ou des enregistrements audio-vidéo sont les supports de ces approches. Cependant, il doit être clair qu'elles ne sont pas autant d'orientation empiriste, comme on le voit aisément à la lecture des ouvrages *Symbolic Interactionism* d'Herbert Blumer, ainsi que *Studies in Ethnomethodology* de Garfinkel, ou encore l'article de 1974 de Sacks, Schegloff et Jefferson sur les prises de tour de parole.

L'interactionnisme symbolique, ainsi que ses racines dans la philosophie pragmatique, me semblant être assez connu en France, je vais me centrer sur les deux dernières approches. Il suffit de rappeler que pour l'interactionnisme symbolique et ses origines dans l'École de Chicago, il existe une longue tradition d'observation naturaliste du travail social et d'autres situations en relations avec le *care*. Jacqueline Wiseman (*Station of the lost*) et le travail de Donald Evans sur la prise en charge institutionnelle du sourd constituent deux exemples parmi de nombreux autres. Erving Goffman, dont le travail dérive partiellement de l'interactionnisme symbolique, a fait une étude du *care* dans les hôpitaux psychiatriques, ainsi que sur le modèle médical sur lequel il se fonde dans sa fameuse étude : *Asiles*.

Plusieurs études ethnométhodologiques paraissent pertinentes pour traiter du problème du *care*. Beaucoup d'entre elles abordent la façon dont ces problèmes pourraient être étudiés. L'une des directions prises a été celle des études ethnométhodologiques du travail (Garfinkel 1986) ou ce qu'on a appelé les *workplace studies*. Un précurseur de ces études est l'article d'Egon Bittner de 1974, « The concept of organization ». Bittner propose une étude ethnométhodologique d'inspiration fortement phénoménologique pour replacer le concept d'organisation formelle dans ses contextes ordinaires. Il propose de traiter ce concept comme fondamentalement profane, c'est-à-dire comme un concept utilisé de façon ordinaire par des usagers d'une organisation bureaucratique particulière. Il soutient la même chose pour tous les termes qui relèvent de manière routinière de l'organisation. Certaines organisations auront une prise « organisationnelle » sur le soin. Clairement, cette « prise » diffère selon les organisations, et de contexte à contexte. Pour Bittner, nous devrions considérer les déterminations spécifiques à chaque situation de termes tel que le *care* : « en étudiant leur

usage réel dans des scènes d'action par les personnes dont la compétence pour en faire usage est socialement reconnue ».

En ce point, la spécificité sémantique du terme « care » relève de la « signification en action » déployée dans les situations mondaines d'un organisme de soin. Les études ultérieures des espaces de travail (*worksites studies*), construites à partir de là, ont souvent mis l'accent sur la connaissance au travail, pratique et professionnelle, l'expérience et l'expertise que les représentants de l'organisation apportent à la détermination pratique d'une réalisation spécifique du soin dans ce cas précis.

L'étude de Bittner, pour beaucoup, implique que la spécification des termes organisationnels ordinaires dont celui de « care » appartient au domaine d'usage propre à des employés précis ou des intervenants exprimant des situations de travail propres à une organisation. Cependant, dans une étude d'espace de travail que j'ai moi-même conduite sur un organisme de conseil traitant des demandes d'aide téléphonique de la part de personnes se disant en crise ou même suicidaires, j'ai montré que si les intervenants avaient bien un effet sur la détermination de l'aide dans ce cas précis, le client contribuait aussi à cet effet de sens. L'aide dans ce cas précis – à supposer qu'on y parvienne – exprimait les perspectives de l'intervenant comme du client, et chacun de ces deux domaines de pertinence contribuait à appuyer l'autre dans la détermination de ce qu'est le soin – souvent d'ailleurs non sans soit un conflit interpersonnel soit une clôture prématurée de l'appel. De plus, la conception de l'aide s'ajuste et exprime les identités et les conceptions du conseiller et du client respectivement au sens où l'aide se présente comme un résultat négocié, produit dans l'interaction, en tant que pratique émergente dans l'environnement de travail (Watson, 1986).

Bien sûr, dans ce cas, la négociation apparaît à travers un échange verbal médié par le téléphone plutôt que sous forme de contact en face-à-face. Néanmoins, le bénéfice de cette démarche est de rendre claire la nécessité d'opérer un « tournant linguistique » en sociologie, en particulier concernant le *care* (en incluant ici toute la « famille » de termes avec lequel ce concept de *care* opère). Il est clair qu'une telle négociation ne se passe pas d'abord avec le conseiller construisant la pertinence de son problème, le client qui appelle ajustant ensuite son problème à l'énoncé initial. En fait, l'appelé et le conseiller aboutissent ensemble, de façon collaborative, petit à petit, à une conception évolutive de ce à quoi peut ressembler « le *care* dans ce cas précis ». Bien entendu, le conseiller comme le client peuvent utiliser cette contrainte comme une base pour refuser ou clore l'appel.

Notre question devient alors : quelles sont les méthodes, ou les procédures culturellement et linguistiquement fondées, à travers lesquelles celui qui appelle et le conseiller négocient conjointement une formulation du problème et une formulation de l'aide « dans ce cas précis », qui puisse être mutuellement acceptable ? Quelles sont les règles procédurales dans les termes desquels les pertinences de la négociation sont conduites ?

Un exemple de telles règles concerne la négociation de la divulgation des états personnels de celui qui appelle – dépression, tendances suicidaires etc. – (Sacks 1975, Sacks 1992, Watson 1986).

De la même façon, Heritage et Sefi (1992) observent que dans des interactions à domicile entre infirmières qui sont des visiteurs de santé et mères d'un premier enfant, ce qui est mis en œuvre consiste en conseils plutôt qu'en soins pratiques. En conséquence, il se crée ce que les auteurs appellent un problème de ticket d'entrée, spécialement lors de la première visite aux clients destinataires du soin. Cette première visite est donc typiquement concernée par la recherche d'une raison légitime ou d'une cause reconnaissable justifiant la visite, de telle sorte qu'elle soit acceptée par le client comme un « soin approprié dans ce cas précis ».

Cependant, étant donné qu'un conseil peut constituer le bénéficiaire du soin (la mère d'un premier enfant) comme manquant de savoir-faire maternel, voir comme ignorante, il peut se créer une situation « menaçante pour la face » au sens de Goffman, où le *care* offert par le

prestataire est rejeté par le supposé bénéficiaire. Aboutir à ce qui est considéré comme étant « le *care* dans ce cas précis » peut donc devenir conflictuel ou problématique. Encore une fois, la définition de la situation par le destinataire est une dimension cruciale de l'interaction.

Commentaire conclusif

Je suggère donc que, dans les services de soin, un mouvement se dessine en faveur d'approches ascendantes au sein du monde réel, approches qui sont conçues pour restituer du pouvoir au client en lui accordant des droits définitionnels dans le soin qu'il reçoit. Une forme appropriée d'analyse sociologique devrait être trouvée, qui tienne compte de l'échec des sociologies classiques à saisir adéquatement ce phénomène. Je suggère de se tourner vers des sociologies plus marginales et souvent décriées, si nous voulons saisir les effets de ces changements dans toute la saillance de leurs détails. Ce sont ces sociologies plus marginales qui expriment une véritable « affinité élective » avec l'analyse des ancrages interactionnels de ces changements en cours dans la délivrance du *care*.

BITTNER E. (1974), « The Concept of Organization », in R. Turner (éd.), *Ethnomethodology*, Harmondsworth, Penguin Books, pp. 69-82.

CREWS F.C. (1988), *Skeptical Engagements*, NY, Oxford University Press.

GARFINKEL H. (1967), *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

GOFFMAN (1961), *Asilums*, Garden City, NY, Doubleday Anchor.

HERITAGE J. (1978), « Aspects of the Flexibilities of Natural Language Use : a reply to Philips », *Sociology*, 12 : 1, pp. 79-103.

HERITAGE J. et SEFI (1992), « Dilemmas of Advice : Aspects of the Delivery and Reception of Advice in Interactions between Health Visitors and First Time Mothers », (pp. 359-419) in P. Drew & J. Heritage (eds), *Talk at Work*, Cambridge, Cambridge University Press.

ROSE E. 1960, « The English Record of a Natural Sociology », *American Sociological Review*, XXV, pp. 193-208.

SACKS H. (1975), « Everyone Has To Lie », in Sanches and BG Blount (eds), *Sociocultural Dimensions of Language Use*, NY, Academic Press.

SACKS H. (1992), *Lectures on Conversation*, Oxford, Blackwell.

TITMUS R. M., (1958), *Essays on the Welfare State*, Londres, Allen & Unwin.

WATSON R. (1986), « Doing the Organization's work : an Examination of Aspects of the Operation of a Crisis Intervention Center », in S. Fisher and A.D. Todd (eds.), *Discourse Institutional Authority : Medecine, Education and Law*, pp. 91-120.

WOWK, M.T. (2007), : « Kitzinger's Feminist Conversation Analysis : Critical Observations », *Human Studies*, vol. 30, pp. 131-55.