



HAL
open science

Don et Care ou de l'inestimable dans la relation de soin

Philippe Chaniel

► **To cite this version:**

Philippe Chaniel. Don et Care ou de l'inestimable dans la relation de soin. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Jun 2009, Nice, France. hal-03425364

HAL Id: hal-03425364

<https://hal.science/hal-03425364>

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.

Don et Care ou de l'inestimable dans la relation de soin

Philippe Chanial

Sociologue, Maître de conférences, Institut de Recherche Interdisciplinaire en Sciences Sociales - IRISSO, Université Paris Dauphine, Secrétaire de rédaction de la Revue du MAUSS

Se demandant si le nouveau management public est bon pour la santé, cet article¹ vise à souligner toute l'importance de la part du gratuit et du don dans la relation de soin. Or lorsque ce domaine est toujours davantage dirigé par des considérations comptables et marchandes, cette part essentielle en vient à être invisibilisée et déniée. Plus encore, cette chasse à la gratuité ne vient-elle pas fragiliser l'hôpital comme institution et mettre en cause l'idée même que la santé constituerait un bien commun ? Une autre façon de questionner l'éthique du care en clé de don.

care, don, santé, institution, éthique du soin

Supposons, écrivait en substance Saint-Simon en 1819, que la France ait le malheur de perdre subitement le même jour, Monsieur frère du roi (le futur Charles X), Monseigneur le Duc d'Angoulême et, en même temps, tous les grands officiers de la Couronne, ministres, conseillers d'Etat, maréchaux, archevêques, évêques, vicaires et chanoines, ses dix mille propriétaires les plus riches etc. « Cet accident, suggérait-il malicieusement, affligerait certainement les Français, parce qu'ils sont bons, mais il n'en résulterait aucun mal pour la Nation ». Par contre, si elle perdait de la même façon ses cinquante premiers physiciens, chimistes etc., mais aussi ses meilleurs agriculteurs, maîtres des forges et ouvriers des différents corps de métiers, bref ses principaux producteurs, elle « deviendrait sans âme à l'instant même où elle les perdrait ».

Il est tentant, aujourd'hui, d'actualiser cette fameuse parabole de Saint-Simon. Qu'advierait-il si, en un jour, nous perdions toutes celles et ceux qui accomplissent pour la collectivité – ou tout simplement pour autrui – cette part discrète du gratuit, toutes celles qui nouent, dans leurs entreprises, leurs administrations, mais aussi dans la sphère privée comme dans l'espace public, ces formes invisibles de coopération, ces liens de sollicitude, d'entraide ? Que serait un monde sans *care*, privé notamment de ses travailleurs sociaux, de ses personnels soignants, de ses éducateurs, ou plus généralement de ses *care-givers* [Tronto, 2009, p. 191] ? Que serait un monde sans don, sans *givers* tout court ? A l'évidence, aucune administration ne saurait fonctionner sans un minimum de dévouement à l'esprit du service public ; aucune entreprise ne prospérerait sans un attachement désintéressé au métier, aux collectifs de travail ; aucune association ne survivrait si

¹ Une version de cette contribution a été publiée sous une forme sensiblement différente dans le n° 35 de La Revue du MAUSS semestrielle « La gratuité. Eloge de l'inestimable », La découverte/MAUSS, 2010. Ces réflexions doivent beaucoup au travail que j'ai entrepris tout récemment avec des étudiants et étudiantes au sein d'une école de formation de cadre de santé au CHU de Poitiers. Je les en remercie.

ses membres et militants n'étaient là pour se servir ; aucune vie familiale, amoureuse, amicale ne serait viable si chacun ne s'y engageait qu'au vu des bénéfices (matériels, sexuels, affectifs) qu'elle pourrait procurer [Chanial, 2008]. Tout cela paraîtra bien banal. Voire irénique. Sauf à rappeler fois avec Mauss [1989] que nous touchons là peut-être le « roc » de la sociabilité humaine.

Pour l'exprimer dans les termes des théories contemporaines du *care*, toutes ces activités qui consistent à faire tenir le monde commun – au sens d'Hannah Arendt –, à en prendre soin en se « souciant des autres », en tissant en retissant ces liens sensibles et invisibles, symboles d'une commune interdépendance et d'une vulnérabilité partagée, renvoie bel et bien à quelque chose d'originaire, de premier. A la définition du *care* suggérée par Joan Tronto et E.Fisher [Tronto, 2009, p. 143] – l'activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, en reliant différents éléments (notre corps, nous-mêmes, notre environnement) en un réseau complexe, en soutien à la vie – fait écho l'image de la « maison bien couverte » que Mauss reprend à Maurice Leenhardt dans *L'Essai sur le don* [1989, p. 174-175]. A l'instar du « monde commun » de Tronto, cette « maison commune » suppose ces moments de dons (en l'occurrence la Fête du pilou), comparés par les Kanaks, au « mouvement de l'aiguille qui sert à lier les parties de la toiture pour en faire qu'un seul toit », un toit « bien lacé » par l'entrelacement de ces dons qui, sans cesse, vont et viennent, et où tous – individus, clans et dieux ; morts et vivants – pourront s'abriter.

Or cette part de gratuité ne fait-elle pas scandale aujourd'hui ? Comme Taylor traquait hier la flânerie de ses ouvriers, avec le *New Public Management*, la chasse à l'inestimable semble bel et bien ouverte. Et notamment dans ces espaces consacrés de la gratuité politiquement instituée dont Mauss, « savant et politique [Dzimira, 2007], fut un ardent défenseur : les services publics. A travers les gratuités publiques que ceux-ci prodiguaient, de la sécurité sociale, de l'école publique ou de la démocratisation de la culture, ils ont longtemps constitué les symboles et les piliers d'un monde commun. L'hôpital fut assurément l'un des emblèmes de ces « gratuités publiques », lieu d'hospitalité, l'une de ces « maisons communes » pour reprendre ici la métaphore néo-calédonienne évoquée plus haut. Or qu'en est-il aujourd'hui ?

Le *New Public Management* est bon pour la santé ?

À l'évidence, les nouveaux modes de gestion ou de management ne semblent guère bons pour la santé, notamment des salariés. Certains sociologues ont même suggéré récemment que si nos sociétés étaient malades, elles étaient avant tout malades de la gestion [Gaulejac, 2005]. Pour autant, un sociologue n'est pas un médecin du social. Tout au plus peut-il esquisser des diagnostics. Souvent très généraux, surtout lorsqu'il ne peut revendiquer aucune spécialité, bref lorsqu'il n'est qu'un simple généraliste. C'est ce que je voudrais tenter ici, en synthétisant quelques recherches récentes sur les évolutions contemporaines du monde de la santé.

Continuons de filer cette métaphore, un peu facile, de la maladie. En quoi peut-on dire que nos sociétés contemporaines sont malades de la gestion ? L'actualité nous en présente des symptômes certes complexes mais inquiétants. Nous pensons tous, je l'imagine, aux suicides de France Télécom. Il ne s'agit pas ici, ce serait indécent, de faire parler les morts. Néanmoins, comme le montre Gildas Renou dans un article

lumineux [2009], il n'est pas absurde de se demander si l'antipathie n'est pas devenue une forme de compétence professionnelle valorisée dans le nouveau management de certaines grandes entreprises. L'*antipathie*, précise l'auteur, n'est ni la méchanceté, ni l'aversion, mais plutôt une « indifférence délibérée et apprise, une volonté de ne pas partager d'affects avec autrui ». Ainsi peut-elle consister, par exemple, à considérer qu'une violence psychique envers un subordonné n'est rien sinon, selon le jargon managérial, « la contrepartie nécessaire d'un objectif opérationnel de réorganisation absolument capital à l'entreprise ». Savoir fermer les yeux et les oreilles à la souffrance d'autrui, savoir cacher les existences humaines meurtries derrière des ritournelles souriantes et aseptisées : productivité, efficacité, compétitivité, excellence, modernisation, *leadership* etc., autant de grandes qualités propres à ouvrir de belles perspectives de carrière...

Le lecteur ou la lectrice pourrait légitimement se demander où je veux en venir. Quel rapport entre ces laboratoires de l'antipathie, ces formes presque extrêmes de gestion des ressources humaines, et le secteur de la santé, ce monde du soin et de la sollicitude, du face-à-face et du corps à corps avec la souffrance, la maladie et la mort ? Dans quelle mesure ce monde serait-il, lui aussi, malade de la gestion ? Quels en sont les éventuels symptômes ?

Santé, qualité et comptabilité

Tentons de circonscrire un peu mieux notre objet et quittons, provisoirement, ces laboratoires de l'antipathie. On ne saurait en effet comprendre ce qui se joue actuellement avec l'actuelle réforme de la santé – HPST, T2A et PMSI, pour reprendre quelques-uns de ses divers noms de code – si on ne la replaçait pas dans le cadre beaucoup plus général de la réforme de toutes les institutions. De cette fameuse « Révision Générale des Politiques Publiques » (RGPP), de ce passage en « mode LOLF » de l'ensemble des services de l'État [Barilari et Bouvier, 2007].

C'est en effet le même type de réforme, inspiré du même esprit du *New Public Management*, qu'on voit à l'œuvre dans toutes les sphères de l'ancien appareil administratif et institutionnel français, qu'il s'agisse de l'Université, de l'Hôpital ou de la Justice². Partout les maîtres mots sont : contractualisation, évaluation permanente des résultats, mise en concurrence des institutions et des personnels, qui perdent une partie de leurs garanties statutaires et qui ne doivent plus obéir à l'éthique informelle de leur métier mais à la commande sociale incarnée par un chef institutionnel aux pouvoirs renforcés, directeur d'hôpital ou président d'Université³. Ce néo-management n'est pas une chose neuve dans le champ de la santé, pas davantage que le regard comptable dont il est l'objet. Comme le rappelle Pascale

² Ce constat d'une convergence entre les « réformes » menées dans ces différents champs a l'objet d'une initiative originale, qui a connu un très vaste écho. Initiée par Roland Gori, psychanalyste et professeur de psychopathologie (Aix-Marseille) et Stefan Chedri, psychanalyste et enseignant à l'université de Paris-IV, elle s'est traduite par « l'appel des appels » (disponible sur <http://www.appeldesappels.org>) qui, notamment, pointe l'« idéologie de l'homme économique » au nom de laquelle « le pouvoir défait et recompose nos métiers et nos missions en exposant toujours plus les professionnels et les usagers aux lois “naturelles” du marché ». Voir l'ouvrage collectif [Gori, Laval, Cassin, 2009].

³ Pour un diagnostic systématique consacré à l'Université, voir le n° 33 de la *Revue du MAUSS semestrielle* [Revue du MAUSS, 2009].

Molinier [2009], c'est en effet depuis au moins une quinzaine d'années que l'on assiste à une montée parallèle et simultanée des exigences en termes de qualité des soins et de logique gestionnaire. Et il faut rappeler, avec elle, qu'il n'est en rien illégitime de chercher à bien soigner tout en administrant au mieux l'argent des contribuables et des cotisants. Et cela vaut, à l'évidence, pour tous les services publics.

En 2004, Jean de Kervasdoué, l'un des principaux promoteurs de la gestion hospitalière en France, ardent défenseur du programme de médicalisation des systèmes d'information, rédigeait en quelque sorte le manifeste de cette démarche nouvelle dans son « Que sais-je ? » consacré à l'hôpital : « On oppose, à tort, la qualité à toute évaluation quantitative. Certes, tout ne se mesure pas simplement, mais les entreprises du secteur industriel ont mis au point des mesures quantitatives de la satisfaction de leurs clients, des taux de défaut dans la fabrication des composants, des taux d'erreur dans les factures etc. La qualité se mesure aussi. C'est l'« objectif “zéro-défaut” des cercles de qualité ». Ont été notamment définis, à l'hôpital, divers indicateurs de qualité quantifiés – par exemple des taux de chute, d'affections nosocomiales etc. Présentés comme participant avant tout de la mise en œuvre d'une « politique de transparence à l'égard des patients », ceux-ci constituent tout autant des outils de « pilotage » stratégique, de gestion financière et comptable, dans le cadre d'une concurrence ouverte entre les établissements. Et c'est ainsi que s'imposent, au nom du légitime souci de la qualité des soins, ces « nouvelles gouvernances » calquées sur le management en entreprise, le fameux *benchmarking* et ses savants calculs, notamment d'optimisation du temps du patient et des équipes soignantes.

Or ce qui est frappant, c'est le fossé entre ces évaluations et pratiques gestionnaires et celle des soignants⁴. Pour beaucoup d'entre eux, les nouvelles formes de gestion hospitalière non seulement ne seraient pas congruentes avec la qualité des soins, mais elles leur feraient obstacle. Car ce que les gestionnaires définissent comme « qualité de soin » ne recouvre guère ce que les soignants, en particulier les infirmières, désignent sous le même terme [Molinier, 2009]. Comment alors interpréter ce différend, ce conflit d'évaluation ?

À l'évidence, le sentiment très partagé d'un déni de confiance à l'égard des soignants y joue sa partie. Et il ne peut être que vif dans des professions où l'engagement au travail, et le sens qui lui est donné, reste si fortement ancré dans la notion de vocation. Ce déni de confiance a d'ailleurs toute l'objectivité d'une règle comptable. En effet, que signifie pour les soignants la substitution d'une obligation de résultat à une obligation de moyens ? Alors que la notion de vocation définit une activité qui est en quelque sorte à elle-même sa propre fin et qui suppose à ce titre un pari de confiance quant à la capacité et à la volonté des soignants de déployer les moyens adaptés à leur tâche, l'impératif de résultat élimine cette dimension déontologique de l'action. L'acte de soin perd ainsi sa valeur intrinsèque, sa valeur qualitative, relationnelle, j'y reviendrai, au profit de sa dimension strictement instrumentale. Sous ce regard comptable, ce sont désormais exclusivement les fins –

⁴ Et de beaucoup de cadres de la santé qui se voient ainsi placés dans une situation presque schizophrénique.

les fins effectivement réalisées, objectivement mesurées – qui (pré) jugent de la qualité des moyens déployés, donc de la qualité même de l’agent⁵.

Un déni de confiance, un conflit de reconnaissance

Ce déni de confiance est donc à ce titre indissociable d’un déni de reconnaissance. Et ce conflit d’évaluation, d’un conflit de reconnaissance. Reconnaissance de la qualité des soins prodigués, donc des soignants eux-mêmes ; du « travail bien fait », donc du métier. La notion de différend est peut-être même plus appropriée. En effet, n’y a-t-il pas, dans l’acte de soin, une part d’ineffable, dans tous les sens du terme, qui semble poser des limites intrinsèques à sa « protocolisation », à sa « tarification » et, liée à elles, à sa « marchandisation » ? Pour résumer l’hypothèse que je voudrais suggérer, s’il y a quelque sens à risquer le diagnostic d’une éventuelle « déshumanisation de la médecine », des pratiques et des institutions soignantes, n’est-ce pas parce que la propension à tarifier, cette obsession pour la quantification, pour l’évaluation, appuyée sur un regard comptable désormais dominant sur la santé, tend à méconnaître – au double sens du terme ignorer/dénier – et par là à éroder ce que l’on pourrait nommer la « part gratuite » de l’acte de soin ?

Part gratuite-part marchande : l’exemple de la médecine libérale

Mais alors, qu’entendre par gratuité ? Je crois que l’on aurait tort de réduire cette notion de gratuité à sa dimension purement économique, quelle qu’en soit par ailleurs l’importance. « Demain on rase gratis » – ou plutôt : « Demain on soigne gratis » ? Tel n’est peut-être pas l’enjeu premier ou du moins ce n’est pas celui que je voudrais aborder ici de front. Je crois en effet que la gratuité ne définit pas seulement un certain mode d’accès au soin (gratuit-payant), mais aussi une certaine façon de donner des soins, une certaine qualité des relations de soin.

On peut trouver de nombreux indices de cette érosion de la part du gratuit dans l’acte soignant. Je prendrai un premier exemple, non pas celui de l’hôpital, mais de la médecine de ville. Que nous montrent les recherches⁶ ? Notamment que la durée de consultation n’a cessé de se réduire. Pour le dire trop simplement, ces dix dernières années, le tarif par minute de consultation a augmenté d’au moins 30 %. Ce que ce calcul assez sommaire indique, c’est la croissance de la part marchande sur la part gratuite⁷. On peut citer d’autres exemples de tels transferts, toujours pour la médecine libérale : un recours accru à la médicalisation (qui a aussi ses coûts) au

⁵ Ce modèle d’action, qui n’est autre que celui, téléologique et optimisateur, de la rationalité économique, n’est évidemment pas en soi illégitime. Il le devient lorsqu’il prétend épuiser toute la complexité des pratiques soignantes.

⁶ Je reprends ici en grande partie l’argumentation développée par Philippe Batifollier et Bruno Ventelou [2008] dans leur précieux article : « L’érosion de la “part gratuite” en médecine libérale ».

⁷ Ce transfert du gratuit vers le marchand engendre par ailleurs un alourdissement de la dépense, sans aucun progrès qualitatif. Ce qui indique également, mais on le savait déjà, qu’il n’y a pas de relation systématique entre dépense de santé et état de santé.

détriment de la parole ou de l'attention accordée au patient ; la propension à tarifier des actes auparavant gratuits⁸.

Il ne s'agit pas ici, bien évidemment, de montrer du doigt la médecine libérale. De façon plus générale, le transfert vers le système sanitaire des souffrances individuelles, familiales et sociales accroît très fortement cette part marchande au détriment de la part gratuite. L'exemple le plus frappant est, évidemment, l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées qui, dans les sociétés rurales, était réalisé, on pourrait dire presque organiquement, au sein de la sphère domestique, et jamais, ou presque, externalisé vers le système de santé. On pourrait évoquer des processus d'externalisation comparables, notamment au regard de la folie et de diverses formes d'anomies. Ces transferts, et à travers eux, cette érosion du gratuit, constituent des faits, des faits complexes, que l'on peut apprécier diversement et qui résultent à l'évidence de causes multiples. Néanmoins, je crois qu'il faut accorder parmi ces causes une place importante à la transformation même du regard porté sur la santé, ce regard justement de plus en plus comptable et marchand.

Le regard comptable et la vocation de soignant

Il ne s'agit pas donc pas d'accuser les médecins de tarifier ou les institutions de soin de vouloir faire des économies. Ni même d'ailleurs de stigmatiser un discours public et des politiques obsédés par la dérive des dépenses, l'accent mis sur les gaspillages, l'inflation des coûts etc. Comme le montrent Battifolier et Ventelou, c'est ce changement de regard qui doit être interrogé, car il est auto-réalisateur. Ainsi, montrent-ils, la propension à tarifier résulte moins des calculs intéressés et opportunistes des médecins, *homo æconomicus* en puissance mais longtemps contrariés, que de l'hégémonie, nouvelle, de l'évaluation marchande et comptable, de l'effort de santé tel qu'il est désormais promu par les autorités de tutelle. Et cette hégémonie vient en quelque sorte naturaliser, légitimer, dans les pratiques elles-mêmes, cette appréhension désormais principalement marchande de la relation médicale et soignante⁹.

Cette nouvelle hégémonie a non seulement des incidences proprement économiques, mais plus encore des incidences proprement sociologiques. Elles touchent au cœur du métier de soignant, à ce que j'ai nommé, quitte à paraître vieux jeu, la vocation de soignant. Dans les années 1950, Talcott Parsons, montrait comment la figure du médecin moderne combinait deux représentations. D'une part, l'image du savant, celui qui maîtrise une compétence proprement technique, dûment sanctionné et évalué par des diplômes. De l'autre, l'image de l'humaniste, capable de faire don de son temps, de sa parole, de sa personne à ses patients. C'était cette combinaison d'expertise scientifique et de don de soi qui justifiait à la fois son

⁸ Renouvellement des ordonnances, par exemple pour la contraception, bref avis sur des résultats d'examen, prescription d'un vaccin etc. Paiement que l'on justifiera par un acte visible, comme la prise de tension.

⁹ L'actualité toute récente vient nous rappeler que cela vaut également pour la relation pédagogique, comme si n'existait d'autres moyens d'assurer l'assiduité des élèves que de les « intéresser » à l'école par diverses incitations sélectives jusqu'au butin final (permis de conduire, voyage culturel etc.). Voir [Dzimira, 2010].

prestige social et ses émoluments. Or, n'est-ce pas cet alliage qui menace de rompre ? C'est bien ce que suggère Alain Caillé : « Avec la libéralisation croissante de la médecine et la multiplication des médecins qui placent la perspective de leurs gains financiers avant le sens de ce qu'ils doivent à leurs patients, et qui ne justifient plus leurs gains par le don qu'ils leur font mais uniquement par leur compétence scientifique et technique, avec la décomposition croissante d'un système de santé publique qui ne suffit plus à assurer aux plus démunis le droit pourtant imprescriptible à la santé, c'est toute la composante humaniste de la médecine moderne qui se délite » [Caillé, 2008 : 442].

De façon peut-être moins dramatisée, on pourrait suggérer que cette érosion de la part de gratuité, bref d'humanité, traduit une érosion de la part de désintéressement qui est pourtant consubstantielle à la logique, éthique et déontologique, des professions de soignants. Il n'est pas contradictoire – il est même banal – d'affirmer tout à la fois que la santé n'a pas de prix¹⁰ et que la santé a un coût. Mais, pour revenir à la figure du médecin, la déontologie médicale organise justement la relation soignant-soigné sous une forme qui, *a priori*, contient, au double sens du terme, cette dimension marchande. D'un côté, la fixation des « honoraires »¹¹ doit être dictée par une « éthique de la modération », avec « tact et mesure », selon l'article 53 du code de déontologie médical. De l'autre, le patient, en retour, n'en discute pas le montant. Ce n'est donc pas le règne du client-roi. Bref, dans ce « pacte de soin » (Ricœur), le prix n'est pas un élément constitutif ou du moins essentiel de l'échange médical. Cet échange n'est même pas un contrat, du moins ne peut-il se réduire au consentement, plus ou moins éclairé, qui le fonde. Il devrait plutôt être décrit, rappelle Isabelle Marin, comme l'échange d'une confiance, celle du patient, et d'une conscience, celle du soignant. Voilà qui complique bigrement les choses d'un point de vue comptable. Compliquons-les encore davantage. En bonne compagnie, celle de Sénèque.

L'inestimable dans la relation de soin

À travers deux exemples, celui du médecin et celui du professeur, Sénèque rappelait, dans son *Traité des bienfaits*, que certaines choses ont un prix supérieur à leur prix d'achat. Des choses inestimables : les belles-lettres et la culture de l'âme pour l'un, la vie, la santé – ce qui n'a pas de prix – pour l'autre. Il en concluait que, dans ses relations, le bénéficiaire – élève ou patient – n'est jamais quitte, même s'il a « acheté » un service. Voici en quels termes il définissait, il y a 2000 ans, la nature de ces deux relations :

« Pourquoi au médecin comme au précepteur suis-je redevable d'un surplus, au lieu d'être quitte envers eux par un simple salaire ? Parce que de médecin ou de précepteur, ils sont transformés en amis, et nous obligent, non par leur art, qu'ils nous vendent, mais pour la bonté et le caractère affectueux des sentiments qu'ils nous témoignent. C'est pourquoi, avec le médecin, s'il ne fait que tâter mon pouls et

¹⁰ C'est la raison pour laquelle l'article 19 du code de déontologie médicale dispose que « la médecine ne doit pas être considérée comme un commerce ».

¹¹ Terme d'ailleurs très intéressant qui, par son étymologie latine, renvoie à l'idée de « rétribution d'une charge » ou d'un « don honorable ». Je remercie Dominique Bourgeon d'avoir attiré mon attention sur ce point. Cf. plus largement [Hénaff, 2002] et sa contribution à ce numéro.

s'il me compte parmi ceux qu'il voit dans sa tournée hâtive, sans éprouver le moindre sentiment lorsqu'il me prescrit ce qu'il faut faire ou éviter, je ne lui dois rien au-delà, parce qu'il me voit non comme un ami, mais comme un client » [Sénèque, 1993, VI, XVI].

Ce propos antique peut être aisément généralisé à l'ensemble du personnel soignant contemporain. Que nous dit-il ? Rien d'autre que, dans l'acte de soin véritable, le compte n'est jamais bon, le compte n'est jamais rond. Pourquoi ? Parce que l'acte de soin est avant tout une relation, et plus précisément une relation de don.

Dans la relation soignante, le don, pour reprendre une formule de Dominique Bourgeon, c'est le trait d'union¹². Et, pourrions-nous rajouter, dans les établissements de soin, ce sont les liens qui créent le lieu. Le lieu, c'est lien. Rappelons-nous ici les liens étymologiques et historiques entre hôpital et hospitalité. D'où cette boutade de François-Xavier Schweyer [2003 : 241] au sujet du développement de l'hôpital de jour : en quelques décennies, l'hôpital serait passé de « l'hébergement sans soin » (du *care* sans *cure*) au « soin sans hébergement » (au *cure* sans *care*) ! On pourrait d'ailleurs se demander si le rêve éveillé d'une certaine politique hospitalière ne relèverait pas encore d'un autre scénario, celui d'un non-lieu sans lien, où les soins seraient externalisés ou délocalisés sur le patient lui-même, promu, sous le slogan de l'autonomie, le praticien de ses propres pathologies !

Mais revenons à cette question du lien et, à travers elle, du don dans la relation de soin. Pour de bonnes, mais aussi de mauvaises raisons, la notion même de don n'a pas bonne presse, et pas seulement dans le milieu soignant. Le don évoque, à tort, la charité, voire le sacrifice ou le renoncement à soi, et rappelle trop l'origine, chrétienne, de nos hôpitaux et institutions de soin. Par ailleurs, il semble renvoyer à l'assignation faite aux femmes à un devoir de compassion et de sollicitude qui leur serait naturel. Bref, il symboliserait l'image même du travail gratuit – ou qui n'aurait dû cesser de l'être – le cache-sexe d'une domination à peine dissimulée¹³. Chacun se souvient ici du slogan fameux « Ni nonnes, ni bonnes, ni connes » que scandaient les infirmières il n'y a pas si longtemps pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage. Pour autant, on aurait tort de jeter ici le bébé avec l'eau du bain. Si, comme je l'ai suggéré plus haut, l'hégémonie du nouveau management nous conduit à porter un regard comptable sur les pratiques de soin, essayons de chausser d'autres lunettes, les lunettes du don. Car c'est seulement ainsi que cette part de gratuité, irréductible, ce travail, invisible, se donne à voir.

¹² Voir notamment les différentes contributions de Dominique Bourgeon au chapitre IV, consacré au champ de la santé dans [Chaniel, 2008].

¹³ Domination masculine mais aussi sociale ou ethnicisée, songeons à la figure de la *mamma* antillaise à l'hôpital [Molinier, 2009]. Voir plus généralement les travaux contemporains consacrés aux théories du *care*, notamment [Tronto, 2009] ; et pour une synthèse [Molinier, Papermann, Laugier, 2009] et [Caillé, Chaniel, 2008].

La relation de soin comme relation de don

Suggérons donc quelques éléments pour définir la relation de soin comme relation de don, afin de montrer dans quelle mesure une gestion de la santé réduite à un point de vue comptable la menace dans sa nature même.

Il faut tout d'abord souligner sa temporalité spécifique : le don de soin est d'abord un don de temps. L'acte de soin ne peut en effet être réduit à un simple geste technique et ponctuel. Les Anglo-saxons distinguent ainsi le *care* (le soin, l'attentions aux autres, le souci des autres) et le *cure* (le geste curatif). En ce sens, la relation de soin se construit dans le temps. Bref soigner, c'est donner du temps et donner du temps au temps. Ce qui suppose que les soignants puissent, du moins en partie, être maîtres de ce temps. Or, justement, l'impératif gestionnaire d'optimisation du temps des patients et des équipes soignantes méconnaît et malmène cette temporalité spécifique à la relation de soin. Ce qui place par ailleurs les cadres hospitaliers, chargés d'organiser pratiquement ce temps, dans une situation évidemment délicate voire impossible. Les témoignages sont nombreux.

Je devrais même préciser : donner du temps *aux temps*, au pluriel. En effet, seconde caractéristique, le don de soin est d'être fondamentalement contextuel. Même des cas formellement identiques, au regard de telle ou telle nomenclature, ne peuvent être traités de la même façon. À ce titre, le don de soin suppose une intelligence de la singularité des situations, de la singularité des personnes et des relations entretenues avec elles. Il repose sur une autonomie nécessaire, qui a peu à voir avec le slogan d'autonomie actuel. Pour le dire autrement, il suppose une dimension éthique, sensible, qui lui est propre, notamment une capacité à être affecté par autrui, un autrui toujours singulier, par sa souffrance – dimension informelle et invisible d'empathie, de sympathie, de *care* pour faire lien avec mes remarques introductives sur France Télécom et les laboratoires de l'antipathie – et à y répondre, non seulement avec efficacité, mais avec tact et sollicitude. En cherchant en quelque sorte l'impossible, la bonne distance. À ce titre, le jugement pratique, en situation, des soignants requiert bien davantage ce qu'Aristote nommait la *phronésis*, une sagesse toute pratique, qu'un impératif catégorique décontextualisé, formel et formalisable. Parce qu'il est indissociablement don de relation et don de soi, l'acte de soin, quels que soient les soignants impliqués, semble ainsi résister, pas sa nature même, au modèle de la prestation marchande ou aux exigences de l'évaluation comptable. Protocoliser à outrance, c'est ignorer cette contingence, dénier les savoir-faire discrets et tout le travail invisible que suppose la relation de soin.

Troisième élément, le don de soin n'est jamais purement individuel. Il ne se résume pas au colloque singulier soignant-patient. Au contraire, il résulte de tout un ensemble de coopérations formelles ou informelles. C'est en quelque sorte une entreprise collective, qui suppose des relais (parce qu'il est usant), des formes multiples d'entraide entre soignants et la transmission informelle de savoir-faire implicites et discrets [Molinier, 2005]. Or systématiser les évaluations individuelles, n'est-ce pas méconnaître et dénier cette dimension collective ?

Don de soin, don de vie

Enfin, quatrième élément, le don de soin est aussi et surtout don de vie. Elle est là, ce que l'on pourrait nommer la délicate essence de la relation de soin. Ce qui s'y échange avant tout, ce qui s'y donne, c'est tout simplement de la vie. Il suffit d'avoir été alité à l'hôpital, même quelques jours, pour avoir perçu et senti toute l'importance des mille petites attentions, apparemment les plus anodines, qui font le bon soin et symbolisent diversement ce don de vie. Tout cela est très banal, mais justement, le propre du soignant n'est-il pas de donner sans y être formellement tenu ? De donner bien des choses contre rien. *Something for nothing*, pour faire retour à Gouldner. En ce sens, est intrinsèque au don de soin une dimension de générosité, qui va au-delà du donnant-donnant – rien sans rien – de la relation salariale ou marchande ou de tout protocole codifié.

Il ne s'agit pas ici pour autant de faire l'éloge du bénévolat. La question est au contraire celle de la reconnaissance de ce qui est effectivement un travail. Mais elle est aussi celle de la reconnaissance d'un fait anthropologique essentiel : aucune société, aucune culture, aucune relation ne saurait exister sans une part de gratuité, de don ou de générosité. Gratuité de ce que l'on reçoit des autres – hommes, femmes ou enfants ; morts ou vivants – mais aussi des institutions, voire des dieux. Gratuité de ce qu'on leur donne, contre rien, sans compter et parfois même sans que ces donateurs n'y aient droit ou ne le méritent. N'est-ce pas ainsi que la vie circule, les liens se nouent, que les identités se forment ?

De ce point de vue, la relation de soin, justement parce qu'elle est expérience de la maladie, de la vulnérabilité, voire pacte contre la mort, est au cœur de ce don de vie. Le soignant procure du vital – ce qui justement n'a pas de prix. Mais c'est ce qui fait toute la difficulté de la relation de soin. Du côté du soignant, c'est tout le risque du pathos, de l'identification au patient qui peut devenir quasi fusionnelle, voire physique¹⁴. Du côté du patient, c'est notamment le risque de s'en remettre totalement au soignant, non seulement de lui donner sa confiance, mais de lui confier, de lui livrer son corps, sa vie en attendant ce contre-don vital. Dans un article récent, Isabelle Marin [2008] évoquait cette patiente, sous chimiothérapie, qui, abordant une nouvelle infirmière, lui dit : « Ah ! ça tombe bien, j'ai un cadeau pour vous ». L'infirmière alléchée, de demander : « Quel cadeau ? ». « Mais mon cancer, voyons ! » répond la malade. Cadeau empoisonné s'il en est ! Don de ce corps souffrant, déjà sûrement et depuis longtemps biopsé, prélevé, piqué qui exige contrepartie, jusqu'à l'acharnement parfois : « il faut bien lui donner quelque chose ». Car la frontière est souvent floue entre le don et le sacrifice et l'on bascule vite de l'un à l'autre¹⁵.

Je ne développe pas davantage. Sauf pour préciser ce point : observer l'acte de soi comme relation de don permet de montrer que si cette relation est profondément

¹⁴ Jusqu'à ressentir physiquement des nausées, des céphalées, comme parfois des infirmières d'un service de neurologie, jusqu'à ressentir l'échec d'un traitement, la mort, comme un échec personnel, comme si on n'avait pas su donner. Songeons ici notamment au désarroi des soignants au début de l'épidémie de sida.

¹⁵ Pointant également toute l'ambivalence de cette relation, Isabelle Marin rappelle également le cas d'une autre malade, saluant l'infirmière venue lui poser sa perfusion de chimiothérapie par un « voilà mon empoisonneuse » !

asymétrique, que si cet échange est radicalement inégal, il intègre néanmoins une certaine dimension de réciprocité, elle aussi invisible. Car si le patient reçoit beaucoup, il donne également¹⁶. Ce don n'est pas seulement un don de confiance ou de reconnaissance. Il n'est pas illégitime, je crois, de parler d'un « travail » implicite propre au malade¹⁷. Il est évident dans les services de dialyse ou les unités de rééducation. Ou, autrement, dans le champ de la psychiatrie. Mais des choses toutes simples, se laver, se coiffer, se lever, s'alimenter, donner des informations utiles au diagnostic, tousser ou respirer au bon moment etc., sont aussi indispensables à l'exercice médical. Pensons aussi au travail de deuil, du deuil de soi-même, à travers les règles du bien mourir que le patient en fin de vie est tenu d'observer : contrôle des émotions, maîtrise de soi etc.

Mais une fois encore, comment mesurer, d'un point de vue comptable, cette contribution informelle des malades qui contredit si fortement tant le modèle du consommateur de soin que du simple patient, celui qui subit, pour être réduit, sous le regard biomédical, à sa pathologie¹⁸ ?

Pour conclure : de la relation à l'institution

Dans ce court chapitre, il n'était pas dans mon intention de faire, naïvement, l'apologie du gratuit dans la relation de soin, et ainsi d'opposer le bon don à la méchante gestion, la généreuse gratuité à la vénale comptabilité, la délicate relation à la grossière institution. Et par là de diaboliser toute forme de régulation extérieure à cette relation. Je l'ai évoqué, cette part de gratuité, cette part de don n'est pas sans ambiguïté. Elle est traversée de multiples tensions. Notamment cette tension indépassable entre, d'une part, *le souci de l'autre*, placé sous le registre de la sollicitude personnelle, toujours singulière, hors équivalence (marchande ou comptable), à la limite parfois de la démesure lorsque l'identification au patient est trop forte, la demande du patient trop impérieuse, et, d'autre part, *le souci de l'acte*, comme geste technique, professionnel, institutionnel qui suppose des procédures et des protocoles, garants de la « bonne distance », mais au risque, cette fois, de dépersonnaliser la relation, de l'inscrire dans un procès de travail rationalisé et formalisé ou de succomber au phantasme de toute-puissance. D'où ces dilemmes propres au geste de soin, entre proximité et distance, ingérence et indifférence, autonomie et dépendance etc.

En ce sens, il ne s'agit pas, en survalorisant sa dimension relationnelle, de nier l'importance des médiations institutionnelles de l'acte de soin. À l'évidence, la relation de soin a besoin de tiers. Or, par-delà d'infinies variantes, le fonds doctrinal commun à toutes des écoles du *New Public Management*, n'est-il pas le refus et le rejet de l'institution. Comme si plus rien ne devait être institué et pérenne, comme si tout devait devenir mobile, souple, malléable. Réformable en permanence. Cette allergie, voire cette phobie de l'institution, commune à tous les réformateurs,

¹⁶ Voire il donne trop, je l'ai évoqué, jusqu'à l'aban-don, la remise de soi.

¹⁷ Cf. Carraicaburu et Ménoret [2004, chap. 82-85] et plus généralement les travaux d'Anselm Strauss.

¹⁸ Sauf à promouvoir, je l'ai évoqué, la figure du malade-agent-de-sa-propre-maladie, ce qui est effectivement une façon de régler le problème, du moins de se débarrasser du patient et du cadeau empoisonné de sa pathologie.

mériterait peut-être une bonne consultation, vraisemblablement plusieurs. Car, pour sortir du champ de la santé, comparer les magistrats à des petits pois interchangeables et traiter les chercheurs de son pays de fainéants, tout juste capables de venir chercher un peu de lumière et de chaleur dans leur bureau en se tournant les pouces, traduit une étrange haine des corps. Du moins des corps constitués.

Cette haine des corps est aussi le symptôme d'une sainte horreur de la gratuité. En effet, n'est-ce pas dans ces corps que sont incarnées les « gratuités publiques » que nos sociétés prodiguent à leurs membres et grâce auxquelles elles peuvent s'éprouver comme des ensembles au destin solidaire [Sagot, 2006] ? N'est-ce pas à ce titre que les services publics (éducation, santé, justice etc.), les symboles et les agents de ces gratuités institués, constituent les piliers inestimables d'un monde commun ? Peut-être alors peut-on mieux saisir combien leur fragilisation, pour user d'un euphémisme, menace de briser ce cercle vertueux entre gratuité relationnelle et gratuité instituée, entre don et institution.

BARILARI André, BOUVIER Michel, 2007, *La LOLF et la nouvelle gouvernance financière de l'État*, Paris, LGDJ.

BATIFOLLIER Philippe et VENTELOU Bruno, 2008, « L'érosion de la « part gratuite » en médecine libérale », in Chaniel Ph. (dir.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, La Découverte/MAUSS.

CAILLE Alain, 2008, « Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine », in Chaniel Ph. (dir.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, La Découverte/MAUSS.

CAILLE Alain, CHANIAL Philippe (dir.), 2008, « L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme », *Revue du MAUSS semestrielle*, n° 32, Paris, La découverte/MAUSS, second semestre.

CARRAICABURU D., M. MENORET M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.

CHANIAL Philippe (dir.), 2008, *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, La Découverte/MAUSS.

DZIMIRA S., 2007, *Marcel Mauss, savant et politique*, Paris, La découverte/MAUSS.

2010, « Rémunérer les élèves pour leur assiduité : une vraie mesure éducative, hélas », disponible sur le site de la *Revue du MAUSS permanente* : <http://journaldumauss.net/spip.php?article576>

GAULEJAC Vincent de, 2005, *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil.

GORI R., LAVAL C., CASSIN B., 2009, *L'appel des appels. Pour une insurrection des consciences*, Paris, Mille et une Nuits.

GOULDNER Alvin, 2009, « Pourquoi donner quelque chose contre rien ? », *Revue du MAUSS semestrielle*, n° 32, « L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme », Paris, La découverte/MAUSS, second semestre.

HENAFF Marcel, 2002, *Le prix de la vérité. Le don, l'argent, la philosophie*, Paris, Seuil.

MARIN Isabelle, 2008, « Don et sacrifice en cancérologie », in Chanial Ph. (dir.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, La Découverte/MAUSS.

MAUSS Marcel, 1989, « Essai sur le don », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF.

MOLINIER Pascale, 2009, « Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière », in Jouan M. & Laugier S., *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF.

– 2005, « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », in Paperman P., Laugier S. (dir.), « Le souci des autres. Éthique et politique du care », *Raisons Pratiques*, n° 16, Paris, éditions de l'EHESS : 299-316.

MOLINIER Pascale, PAPERMAN Patricia, SANDRA Laugier, 2009, *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Payot.

RENOU Gildas, 2009, « Les laboratoires de l'antipathie. À propos des suicides à France Télécom », disponible sur le site de la *Revue du MAUSS permanente* : <http://journaldumauss.net/spip.php?article553>

Revue du MAUSS Semestrielle, 2009, « L'Université en crise. Mort ou résurrection ? », Paris, La Découverte/MAUSS, premier semestre.

SAGOT, 2006, *De la gratuité*, Paris, Éditions de l'Éclat, « Premier secours ».

SENEQUE, 1993, *Traité des bienfaits*, d'après l'édition des œuvres de Sénèque établie par Paul Veyne, R. Laffont, coll. « Bouquins ».

SCHWEYER François-Xavier, 2003, « Crises et mutations de la médecine hospitalière », in De Kervasdoué (dir.), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.

TRONTO Joan, 2009, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.