



HAL
open science

Le sain, le soin et les deux sens de la vie

Philippe Sabot

► **To cite this version:**

Philippe Sabot. Le sain, le soin et les deux sens de la vie. *Éthique & Santé*, 2021, 18 (3), pp.173-179.
10.1016/j.etiqe.2021.08.001 . hal-03500570

HAL Id: hal-03500570

<https://hal.science/hal-03500570v1>

Submitted on 16 Oct 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Le sain, le soin et les deux sens de la vie

Philippe Sabot

Université de Lille, CNRS, UMR 8163 - STL - Savoirs Textes Langage, F-59000 Lille, France

181, rue Anatole France
59790 RONCHIN
06 03 45 89 39

philippe.sabot@univ-lille.fr

Le sain, le soin et les deux sens de la vie

Résumé

Analysés à partir de l'expérience de la pandémie de Covid-19, les concepts de sain et de soin permettent d'éclairer différentes facettes de la prise en charge de la santé, au niveau individuel et au niveau collectif. La question est de savoir ce que ces différentes dimensions révèlent de la crise sanitaire, et s'il est possible justement de la traiter seulement comme une crise sanitaire, relevant de préoccupations biopolitiques particulières, ou s'il ne faut pas aussi la traiter comme la mise en crise des relations vitales qui entrent en jeu dans le soin et lui donnent sa valeur proprement éthique. Il ne s'agit pourtant pas d'opposer la gestion sanitaire de la crise à l'ordre des relations de soin qu'elle a pu révéler. Il s'agit plutôt de montrer la variation des sens de la vie que suggère la distinction entre le sain et le soin et aussi le besoin de réarticuler vie biologique et vie biographique plutôt que d'oublier la seconde dans une attention (sanitaire) exclusive à la première. Il s'agit donc au fond de réarticuler le politique et l'éthique dans cette mise au jour des deux sens de la vie qui constituent les deux facettes d'une même vie humaine, les deux manières d'exprimer ce qui est vital dans la vie humaine : à la fois sa persistance dans l'ordre biologique et sa consistance biographique (suivant l'inscription de cette vie dans des relations qui se développent du privé au public, de l'intime au social).

Mots-clés : sain, soin, biopolitique, vie, crise sanitaire

Abstract

Analyzed from the experience of the Covid-19 pandemic, the concepts of the healthy and of the care shed light on different facets of healthcare, at the individual and collective levels. The question we like to address is the following: what do these different dimensions reveal about the health crisis ? Is it possible to treat it only as a health crisis, pertaining to particular biopolitical concerns, or should it not also be treated as the bringing into crisis of the vital relations that come into play in care and give it its properly ethical value. It is not, however, a question of opposing the health management of the crisis to the order of the relations of care that it has revealed. It is rather a question of showing the variation of the meanings of life suggested by the distinction between the healthy and the care and also the need to re-articulate biological and biographical life rather than forgetting the latter in an exclusive (health) attention to the former. It is thus basically a question of re-articulating the political and the ethical in this updating of the two meanings of life which constitute the two sides of the same human life, the two ways of expressing what is vital in human life: at the same time its persistence in the biological order and its biographical consistency (according to the inscription of this life in relations which develop from the private to the public, from the intimate to the social).

Key-words : healthy, care, biopolitics, life, health crisis

Le sain, le soin et les deux sens de la vie

L'apparition et le déploiement de la pandémie de COVID-19 ont bouleversé nos modes de vie et nos manières de penser, en confrontant nos existences à une expérience inédite de la maladie – ou du moins (la nuance est importante) de son traitement par les pouvoirs publics en Europe et dans le monde¹. Il ne s'agit évidemment pas de minimiser l'ampleur ou la gravité de la crise sanitaire mais plutôt de l'analyser aussi pour ce qu'elle révèle de nos modes de gestion politique des questions de soin, à l'échelle des individus, mais aussi à l'échelle d'une population nationale voire mondiale.

Outre la mise en œuvre de politiques inédites de santé publique (généralisation des « gestes-barrières », confinements, couvre-feux, dépistage et traçage des contaminations), cette crise a contribué à imposer à la réflexion la refonte d'un grand nombre de catégories usuelles à partir desquelles nous nous représentons d'ordinaire le monde, la société, le rapport aux autres et à nous-mêmes. Parmi ces catégories qui méritent d'être repensées à l'aune des mutations profondes de notre époque et de cette crise sanitaire majeure, il faut évidemment réserver un sort particulier à celles qui ont trait à l'univers de la santé, qu'il s'agisse donc de la santé publique, de ses courbes épidémiologiques et de ses injonctions préventives, sur fond de gestion du risque sanitaire, ou de la santé individuelle et de la préoccupation d'une prise en charge satisfaisante et efficace des malades ou des populations vulnérables par le système de santé. Afin de rendre compte de l'originalité et de la densité particulières de cette expérience individuelle et collective que nous faisons, il nous semble pertinent de réfléchir à une articulation nouvelle qui se dessine entre ces deux pôles de la santé – en confrontant l'une à

¹ Cette nuance est importante : « Lorsqu'on dit que la pandémie de coronavirus a produit une crise sans précédent, on ne veut pas dire que la maladie elle-même est la pire qu'on ait jamais connue, car la rougeole est beaucoup plus contagieuse, le sida s'est avéré bien plus grave et certaines gripes ont elles aussi donné lieu à une expansion planétaire. On veut dire que la réponse à la pandémie, c'est-à-dire le confinement généralisé de la population dans un grand nombre de pays, est sans précédent » (Fassin D., « La valeur des vies. Éthique de la crise sanitaire », *Par ici la sortie !* Juin 2020, n°1, p. 3).

l'autre deux dimensions distinctes et complémentaires mises en jeu dans l'épisode pandémique en cours : le sain et le soin.

Si ces notions, dans leur proximité sémantique, renvoient bien toutes deux à l'ordre de la santé, elles permettent également d'en décliner différents aspects, en particulier parce qu'elles mettent en jeu une révision profonde des rapports habituels du privé et du public, de l'individuel et du collectif, du normal et du pathologique. Elles permettent également d'instruire les enjeux éthiques et politiques de la prise en charge d'une « vie » qui s'est trouvée en quelque sorte écartelée entre ses figures biologiques (de l'ordre du vital) et la dimension proprement biographique d'une expérience vécue. Parle-t-on de la même vie humaine, ou en parle-t-on de la même manière, selon qu'on l'aborde sous l'angle du sain ou sous l'angle du soin ? Pour mieux cerner les enjeux de cette question et démêler ces deux sens de la vie, il importe d'appréhender le sain et le soin dans la tension qu'ils manifestent et dans les régimes de prise en charge de la vie différenciés qu'ils impliquent.

Bio-logique du sain

À cet égard, il peut être intéressant de partir d'une analyse de la dimension du « sain ». Cette dimension est devenue partie intégrante de nos vies, elle constitue le leitmotiv des discours politiques, scientifiques, médiatiques actuels. Cette référence au « sain » n'est pas nouvelle [1], mais elle s'est imposé massivement en ces temps d'incertitude et d'inquiétude généralisée sur la possibilité de poursuivre une vie « normale » : c'est justement parce que cette référence au sain dessine d'abord le visage rassurant d'une vie protégée et préservée, maintenue du bon côté de la frontière qui sépare le normal et le pathologique. Le « sain » renvoie ainsi d'abord à cela même qui est mis en crise par l'épidémie et qu'il s'agit de maintenir ou de préserver, en dressant dans un premier temps contre la propagation du virus au sein de la population des barrières préventives susceptibles d'en endiguer le développement exponentiel ou en

développant dans un second temps un dispositif de couverture vaccinale de l'ensemble de la population destiné à prévenir de nouvelles vagues de contamination et une nouvelle saturation du système hospitalier.

Le sain est ainsi l'enjeu d'un discours public, notamment celui de la santé publique [2], qui étend ses recommandations à l'ensemble de la population et qui délègue l'exercice du contrôle sanitaire et du traitement des malades à l'institution hospitalière et à différents relais médico-sociaux. Le sain a donc été à la fois mis à mal par l'expansion de l'épidémie et la crise inédite qu'elle a ouverte, et il s'est imposé aussi comme la finalité ultime des discours et des institutions qui le promeuvent. La crise sanitaire a fait ainsi l'objet, à l'échelle collective d'une population, d'une série de diagnostics, de propositions de remèdes (au moins préventifs, en l'absence de traitement curatif) et d'injonctions sociales fortes (recueillies d'abord dans les maître-mots de la « distanciation sociale » et du « confinement », puis dans la communication autour du « port du masque obligatoire » et plus récemment de l'« obligation vaccinale » et de l'extension du « passe sanitaire »).

Dans son principe comme dans sa mise en œuvre institutionnelle et hospitalière, le discours du « sain » offre par conséquent une déclinaison contemporaine intéressante de la biopolitique [3], de ce « pouvoir sur la vie » tel que Michel Foucault en a établi la ligne directrice dans les dernières pages de *La Volonté de savoir* en 1976 [4] avant d'y revenir, la même année, dans la dernière leçon du cours au Collège de France « *Il faut défendre la société* » [5] puis dans les premières leçons du cours suivant : *Sécurité, territoire, population* [6]. De quoi cette biopolitique est-elle le nom et comment vient-elle s'articuler à la mise en pratique des discours sanitaires ?

Dans la perspective développée par Foucault, l'hypothèse du biopouvoir repose sur deux orientations principales. La première tient à ce que l'objet privilégié de cette pratique du pouvoir n'est plus strictement le corps individuel (dont traite le pouvoir disciplinaire), mais

précisément la vie, la vie telle qu'elle se déploie à l'échelle d'une population et telle qu'elle peut être saisie par des indicateurs statistiques : taux de fécondité, de natalité, de mortalité, espérance de vie. On comprend aisément que la gestion d'une épidémie comme celle du Covid-19 relève bien de cette biopolitique, sur la base d'indicateurs spécifiques, passant au premier plan dans les discours publics de la santé et surveillés de près par les autorités sanitaires : taux de contamination (à l'échelle d'un territoire ou d'un pays), taux d'incidence de la présence virale au sein d'une population (qu'il s'agisse d'une population spécifique : notamment les populations dites « à risque » ; ou de la population générale), taux de mortalité de telle ou telle population, particulièrement vulnérable au virus, taux d'occupation des lits de réanimation susceptibles d'accueillir les patients les plus gravement atteints, taux de vaccination suivant les catégories de population successivement éligibles depuis le lancement de la campagne au début de l'année 2021.

La seconde orientation majeure de cette vaste opération de gestion-régulation biopolitique renvoie à la finalité de maximisation de la vie, toujours à l'échelle d'une population (et d'un territoire donné). C'est, si l'on veut, minimalement, l'objectif de prévenir le risque de l'aggravation de l'épidémie en termes de santé publique, et donc de « sauver des vies » : non pas toutes les vies (car c'est impossible) mais le plus de vies possibles et en tout cas suffisamment de vie pour maintenir le taux de létalité du virus (et de ses variants successifs) à un niveau satisfaisant, supportable par le système de santé. Ce niveau s'établit lui-même relativement à l'acceptabilité sociale des pertes en vies humaines liées directement à l'épidémie d'une part, et à la gestion politique de la crise sanitaire d'autre part. Se fait jour ici la question de l'allocation des ressources aux hôpitaux pour faire face à l'afflux de patients en soins critiques.

Le biopouvoir désigne donc cet ensemble de pratiques de régulations, de contrôles et de prises en charge en vue de gérer la vie, entendue essentiellement comme vie biologique d'un

collectif humain. En érigeant les barrières de la santé publique face à l'emprise dévastatrice de la menace épidémique, la crise de la Covid-19 révèle en un sens notre appartenance à ce moment biopolitique, relevant d'une gestion calculatrice de la vie et, par voie de conséquence, d'une prise sur les conditions d'administration du sain pour faire barrage autant que possible à une mort de masse qui signifierait l'échec des efforts de déploiement de cette raison publique sanitaire.

Selon Foucault, le biopouvoir se résume dans la formule suivante : « Faire vivre et laisser mourir »². Dans cette formule, un privilège absolu est accordé à la vie, au maintien de la vie, et à sa persistance dans l'ordre biologique. Le biopouvoir inscrit ainsi la mort en marge de la vie, comme un résidu qu'il s'attache à résorber autant que possible par ses règlements sanitaires, pour le contenir dans les limites de l'acceptable et d'une norme statistique qui permet de l'inscrire dans une moyenne sous contrôle. Inutile de dire, donc, que la crise sanitaire avec ses différents pics épidémiques est aussi apparue comme une mise en crise du sanitaire, comme une mise en crise du biopouvoir comme pouvoir sur la vie et comme pouvoir qui a la charge, en un sens, de garantir la vie d'une population donnée.

Mais l'on comprend aussi que la comptabilité quotidienne des victimes du coronavirus ait pu s'imposer comme la dimension paradoxale de ce contrôle global sur la vie, sur fond de l'espèce d'évidence acquise par le principe d'une « biolégitimité » [7] qui revient à accorder à la vie (biologique) une valeur particulière, supérieure voire absolue, et à tout mettre en œuvre pour protéger la vie du plus grand nombre, c'est-à-dire au fond pour faire diminuer le nombre de morts enregistrées chaque jour et même le nombre des malades développant des formes graves de la maladie. Sous couvert de cette biolégitimité, il s'agit en quelque sorte de réinscrire la mort dans cette logique d'une régulation globale de la vie et d'une maîtrise des instruments de prévision et de gestion de la pandémie. Décompter les morts, évaluer les

² Cette formule est explicitée par Michel Foucault dans « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France. 1975-1976*. Paris : Gallimard/Le Seuil/EHESS, 1997. Voir la leçon du 17 mars 1976, en particulier p. 213-220.

tendances de la contamination et les rapporter aux dispositifs opérationnels susceptibles d'y faire face notamment dans les hôpitaux (le nombre de lits disponibles en réanimation, l'engorgement du service de régulation des urgences) : toutes ces données font donc partie intégrante d'une bio-logique du « sain », mise à l'épreuve certes, mais finalement renforcée par l'épidémie.

Comme l'indique la référence au thème foucaldien de la biopolitique, cette logique comporte une dimension politique majeure, qui a pu toutefois faire l'objet d'évaluations contrastées par la population comme par les observateurs (politiques, scientifiques, économiques) de la crise actuelle. On a ainsi pu accorder aux pouvoirs publics la légitimité de conduire et de renforcer (jusqu'au confinement de l'ensemble d'une population) les contrôles régulateurs qui permettent de sauver des vies ou du moins de réduire autant que possible les pertes en temps épidémiques : dans cette perspective, le discours sur la vaccination, entre incitation et prescription (voire obligation), est venu relayer la communication antérieure sur les « gestes-barrières ». On a pu au contraire déplorer cette emprise globale d'un pouvoir sanitaire qui, dans le droit fil du déploiement continu d'une médicalisation de la société [8], s'arroge le droit (fût-ce au titre exceptionnel d'un « état d'urgence sanitaire ») d'investir non seulement la vie des gens (en traçant leurs possibles rencontres avec le virus) mais, avec elle, leur liberté fondamentale de circuler et de se déplacer dans l'espace public (en lestant cette liberté de mouvement de limites fonctionnelles et géographiques, elles-mêmes formalisées un temps par une attestation de circulation contraignante et obligatoire). On a pu enfin relever que, au-delà ou en-deçà des discours qui mettent en avant la biolégitimité des mesures sanitaires (orientées donc vers la doctrine générale du « sauver des vies »), il y a, dans l'implicite des décisions économiques et politiques relatives au système de santé, un partage qui s'est opéré entre des vies qui valent la peine d'être sauvées et des vies qui comptent moins, et dont le sacrifice

pourrait finalement être aussi invisible que les existences sociales de celles et ceux qui les portent.

C'est une manière de rappeler que les contraintes économiques qui pèsent sur le système de santé publique (en France, mais pas seulement) aggravent les contraintes sanitaires liées à la pandémie et conduisent ce système de santé lui-même à « choisir ses morts » - au sens d'un choix par défaut, d'un choix contraint par les principes économiques qui ont durablement limité les capacités d'action et de réaction des hôpitaux publics, de leurs dispositifs de prise en charge des patients et de leurs personnels. La sociologue Sylvie Morel apporte à cet égard un éclairage intéressant sur la crise sanitaire, en mettant en perspective l'urgence sanitaire actuelle et la dégradation des services d'urgence depuis les années 1990, liée à la montée en puissance des impératifs du New Public Management dans l'espace de la santé [9]. Elle note en particulier que ces services doivent de plus en plus composer avec le travail de sélection des patients opéré, en aval, par les services de spécialités médicales qui sont contraints d'admettre leurs patients sur l'appréciation de différents critères extra-médicaux, comme la charge de soins (en privilégiant les activités rentables et les patients plus autonomes par rapport aux soins quotidiens à apporter à des malades fortement dépendants) et la valeur budgétaire de la prise en charge (en visant prioritairement les patients dont la durée moyenne de séjour hospitalier sera conforme aux moyennes imposées par l'établissement). Or, avant même la crise sanitaire qui les a portés sur le devant de la scène, les services de réanimation médicale comptent parmi ces services de spécialité qui se sont habitués à opérer une sélection des patients à leur entrée suivant de tels critères extra-médicaux.

La crise sanitaire opère donc aujourd'hui comme un véritable révélateur du problème de la dérégulation du système de santé et d'une rationalité néolibérale qui prend en charge le gouvernement des vivants dans les contraintes du management des institutions hospitalières et qui s'impose comme le (vrai) visage de la biopolitique contemporaine.

Un dernier point mérite d'être souligné pour qualifier la bio-logique du sain. On assiste en effet à une sorte de réversibilité des valeurs attribuées à l'action publique en matière sanitaire. La prévention nécessaire (et parfois même jugée insuffisante) s'est trouvée interprétée comme une intrusion inacceptable. La liberté individuelle a pu être érigée en rempart contre les dérives d'un contrôle public discriminant des comportements privés : il suffit de penser ici au débat sur le déconfinement des personnes âgées, aux expressions publiques qui se sont opposées dans différents pays européens à la généralisation du port du masque, ou aux débats suscités par l'extension du « passe sanitaire » et par la mise en œuvre d'une obligation vaccinale pour les professionnels de santé...

La dimension sanitaire de l'épidémie de coronavirus a fini par s'imposer comme une dimension fondamentale de l'expérience individuelle et collective que nous traversons. Elle rend compte du croisement du politique, du médical et du social à partir d'une certaine attention aux processus biologiques qui organisent la vie des populations et qui semblent capter toute l'attention des pouvoirs publics en mettant au premier plan de cette attention l'institution hospitalière et ses agents.

Le soin et la vulnérabilité partagée

Quelle place alors accorder au soin dans cet univers saturé par les injonctions de la santé publique et par les demandes sanitaires de la population elle-même ? Et pourquoi même souligner l'importance de cette autre dimension du rapport à la maladie et à la vie, révélée par la pandémie, alors même que le sain est devenue une référence majeure pour nos vies menacées en temps de crise ?

Une première réponse à ces questions consiste à rappeler que les efforts considérables déployés en faveur de cette espèce de bio-logique du sain, masquent en réalité un inégal traitement des vies humaines et reposent au fond sur l'implicite d'une inégalité de la valeur

des vies elles-mêmes [10]. Malgré les discours qui mettent en avant l'argument éthique de la valeur supérieure de la vie, on observe en effet qu'il y a d'autres formes de vie, d'autres modes d'existence qui ne font pas forcément l'objet de la même attention scrupuleuse et qui renvoient au partage entre des vies qui valent la peine d'être sauvées, préservées, enrôlées dans la logique biologique du sain, et des vies qui comptent moins, qui ne bénéficient pas des mêmes conditions de reconnaissance.

Ces vies invisibles dessinent un large spectre d'existences désaffiliées, exclues ou incluses mais le plus souvent à la marge des activités socialement valorisées, et rendues d'autant plus vulnérables qu'elles ont pu échapper par défaut à la logique sanitaire du confinement (sans-abris, migrants, prisonniers), ou au contraire qu'elles lui ont servi de support économique et social minimal (avec le maintien en activité des métiers dits de « deuxième ligne » : éboueurs, caissiers, transporteurs-livreurs, personnels de ménage, aides à domicile).

Le plus souvent, comme le souligne Geneviève Fraisse, ces activités renvoient à des métiers de « service », livrés d'ailleurs eux-mêmes à une forme d'ambivalence qui marque l'ambiguïté de leur positionnement dans la hiérarchie sociale des activités (et cette ambiguïté se traduit par une forme de déclassement économique, là encore un déni de reconnaissance sociale malgré parfois une reconnaissance symbolique de leur valeur éthique). On a d'un côté les « emplois de service » (femmes de ménage, garde d'enfants – congédiés pendant le confinement avec le retour des employeurs à domicile : ici la relation de service est à la défaveur de celles et ceux qui mettent en œuvre le service au profit d'autrui) ; et de l'autre côté les « services à la personne » (assistance aux personnes vulnérables, aides à domicile pour les vieillards isolés par exemple), valorisés au moins socialement (mais pas économiquement) par le fait que l'inférieur n'est plus celui qui agit le service pour un autre (aliénation dans et par le service rendu) mais celui qui en bénéficie (du fait de sa vulnérabilité qui le rend dépendant de cette aide) [11].

Parmi les activités qui ont persisté et se sont même parfois amplifiées et ont été mises sous le feu des projecteurs en particulier pendant la période du premier confinement au printemps 2020, il y a un grand nombre d'activités liées au soin, entendu au sens large d'une attention pratique et active au bien-être d'autrui [12]. Ces activités de soin concernent au premier chef les professionnels de santé, en charge d'accueillir, de soigner ou de soulager les patients (des régulateurs des Urgences aux aides-soignant.es, en passant par les médecins et personnels des services de réanimation). Mais elles s'étendent bien au-delà des murs de l'institution hospitalière, en englobant les travailleurs sociaux, les aidants ou les infirmier.ères libérales (assurant une forme de continuité des soins et du soin à l'égard des personnes rendues plus vulnérables du fait même du confinement, comme les personnes âgées à domicile), voire les parents eux-mêmes auxquels a incombé la charge de prendre le relais de l'institution scolaire et des activités périscolaires d'ordinaire délocalisées et gérées hors du domicile familial.

On comprend, à partir de ces quelques exemples, que le soin, avec son large spectre d'attentions et d'actions concrètes et quotidiennes, pour une part informelles (et donc aussi moins visibles voire invisibles), renvoie à une autre dimension de la crise sanitaire, dans la mesure où il apparaît comme une réponse possible et tout aussi fondamentale aux enjeux proprement humains, vécus, de cette crise et dans la mesure où il renvoie également à une autre dimension de la vie que celle qui a pu être prise en charge, même partiellement et différemment, au nom de la gestion sanitaire de la pandémie.

On pourrait ajouter ici que la distinction du sain et du soin qui s'esquisse ici traverse le monde médical lui-même et renvoie aussi à la hiérarchie explicite des positions sociales des soignants eux-mêmes. D'un côté, il y a les « grands » médecins (spécialistes : virologues, épidémiologistes, infectiologues ; chefs de services hospitaliers ; membres du Conseil scientifique) qui ont voix au chapitre et qui sont investis – par leurs pairs mais aussi dans l'opinion – d'une fonction d'autorité qui a pu même parfois sembler supérieure à celle des

politiques, ce qui a engendré un débat sur la nature de la délibération et de la décision politiques : est-elle passée aux mains des médecins ? Est-ce leur rôle de peser dans la prise de décision politique ? Assiste-t-on à une dérive vers une « dictature sanitaire » qui serait l'expression d'un pouvoir médical excessif, ou d'une confusion des rôles entre le médical et le politique, elle-même entretenue par le pouvoir politique du fait du poids accordé aux impératifs de la santé publique dans la gestion de la crise sanitaire ? De l'autre côté, regroupés dans les strates inférieures de l'espace hospitalier et aussi de la société, il y a tous ces personnels soignants qui agissent au quotidien auprès des malades et dont le scandale éthique et politique est qu'on a pu donner l'impression de les sacrifier à la grande cause sanitaire, non seulement en les exploitant plus que de raison mais aussi en les envoyant au « front » sans les matériels de protection suffisants (masques FFP2, surblouses). Ce sont les personnels en charge du « sale boulot » [13], au service des plus vulnérables et qui ont été eux-mêmes placés en situation de vulnérabilité dès lors qu'ils étaient en situation de contracter la maladie en exerçant leur activité.

Dans tous les cas, pour mieux appréhender ce régime du soin et le régime biographique (et non plus seulement biologique) de la vie qu'il met en jeu, il est possible de marquer ce qui le distingue de la logique sanitaire précédemment évoquée. Là où celle-ci répond avant tout à une gestion comptable et centralisée du système de santé et de ses acteurs (en s'appuyant sur la Direction Générale de la Santé et sur le maillage territorial des Agences Régionales de Santé), le soin renvoie à la dimension relationnelle de la prise en charge d'individus singuliers – cette prise en charge allant de l'écoute à l'aide matérielle dans la gestion du quotidien, en passant par l'accompagnement personnalisé des personnes vulnérables [14], non nécessairement atteintes par le virus, et de leurs proches.

Face à une santé publique qui s'administre à distance à travers des chiffres et des dispositifs de contrôle mêlant science, indicateurs économiques, communication et politique³, on est ainsi renvoyé à l'épreuve vécue d'une vulnérabilité que l'épidémie a contribué en quelque sorte à accentuer et à généraliser, voire à redoubler dans certains cas. Avec la circulation active du virus et de ses variants successifs, c'est l'ensemble de la population qui est devenue vulnérable, au sens d'une exposition à la contamination et à des formes plus ou moins graves de la maladie. Mais les individus que leur situation sociale ou personnelle (sans-abris, personnes âgées fragiles) avaient déjà rendus vulnérables antérieurement à la phase de diffusion de l'épidémie, ont pu connaître une aggravation de leur vulnérabilité, en se trouvant exposés, à partir du confinement notamment, à l'absence de prise en charge, voire à la restriction drastique de leur liberté en vertu de l'impératif de sécurité sanitaire : on pense ici au processus de sur-confinement imposé aux personnes âgées en EHPAD, soustraites aux visites de leurs proches et chargeant encore davantage les personnels soignants de l'attention extra-médicale à leur vécu et à leur bien-être physique et psychique.

Avec le déploiement de l'épidémie, même au-delà de la période de confinement, le soin (au sens extensif du *care* s'inscrit donc comme une réponse possible à l'expérience d'une vulnérabilité partagée : celle des vivants malades ou particulièrement exposés à la circulation du virus du fait de leur situation personnelle (personnes âgées, migrants, sans-abris, prisonniers) ; celle des soignants eux-mêmes, à partir du large spectre des activités de soin, liées de manière générale au soutien de la vie des autres, dans sa dimension non seulement biologique mais aussi biographique : personnels soignants des EHPAD ou des hôpitaux, en

³ En France, ce contrôle est assuré par la mise en place d'un Conseil scientifique COVID-19 installé au début de la crise du coronavirus et régulièrement convoqué pour donner des indications sur la situation sanitaire du pays et définir, à l'adresse des responsables politiques, des recommandations en matière de santé publique (sur l'évolution probable de l'épidémie, sur la gestion du confinement et du déconfinement, sur le port du masque, sur les tests, sur la stratégie vaccinale). Ces efforts de mise sous contrôle non de l'épidémie elle-même mais de sa gestion politique ont pu être perturbés par des expressions publiques dissonantes, relayées et amplifiées de manière démesurée par les réseaux sociaux. Le cas le plus emblématique de cette perturbation des rapports entre science, communication et politique est celui du discours quasi complotiste élaboré autour des vertus thérapeutiques de l'hydroxy-chloroquine ou des dangers supposés des vaccins disponibles.

première ligne ; salariés de la « deuxième ligne » ; aidants anonymes et bénévoles ; volontaires associatifs de l'assistance aux personnes les plus vulnérables.

Ce partage de la vulnérabilité ne constitue pas seulement le signe de son aggravation en temps de crise sanitaire, même si cette aggravation est évidente. Il signifie plutôt la reconnaissance d'une condition de vulnérabilité que des vivants ont en partage et qui place leurs existences sous l'horizon d'une commune humanité. Au titre normatif d'une exigence éthique supérieure à celle de la biolégitimité qui soutient en principe l'ensemble des dispositifs de protection sanitaire des vies humaines contre la propagation du virus, cette vulnérabilité partagée peut être dressée contre le partage des vivants et les logiques d'exclusion qui produit la hiérarchisation des vies qui comptent et des vies impossibles ou indésirables.

Repenser le sain sous l'horizon du soin

Soutenir que la crise sanitaire a pu révéler un partage des vulnérabilités dans l'ordre du *care* (entre ceux qui prodiguent et ceux qui appellent et reçoivent du soin) peut s'entendre alors aussi en un autre sens ou sur un autre registre : celui de la solidarité vécue d'une sorte de « chaîne du soin » qui déborde largement l'hôpital, ses protocoles de prise en charge réglementaires des patients et sa gestion (décriée par les professionnels de santé eux-mêmes) des actes de soin ; et qui concerne l'ensemble des fonctions sociales et des actions individuelles qui mettent en œuvre du soin, au sens de la prise en charge du bien-être des autres⁴ – et, il faut l'ajouter, du bien commun que représente l'exercice de la solidarité elle-même [15].

Le moment de crise que nous traversons met au jour la nécessité de réajuster l'une par rapport à l'autre les deux dimensions du sain et du soin. Cela signifie : éviter de les penser et de les

⁴ Dans l'avant-propos au volume *Le Soins en première ligne*, Frédéric Worms relève que, face à une pandémie qui a pris l'allure d'un « fait social total, touchant à toutes les dimensions de nos vies », le soin est apparu dans sa nécessité et sa profondeur comme un « acte social total » (Worms F., Mino J.-C., Dumont M. (dir.). *Le Soins en première ligne*. Paris : PUF, « Questions de soin », 2021, p. 6).

activer comme si elles étaient étrangères l'une à l'autre et comme si elles correspondaient en réalité à des secteurs professionnels différents, complémentaires certes mais strictement hiérarchisés suivant la métaphore guerrière de « lignes » de front successives qui répartissent les activités avant tout en fonction du risque auquel elles exposent ceux qui les conduisent, et qui négligent ou même occultent, sous couvert d'une héroïsation suspecte des soignants en première ligne (comme s'ils étaient devenus les « gardiens » du sain), les effets d'invisibilisation ou le déficit de reconnaissance sociale dont souffrent la plupart des acteurs quotidiens du soin.

On gardera à l'esprit que la dimension du soin, qui innerve le corps social et d'une certaine manière lui assure sa cohérence fondamentale, peut aussi être tenue pour ce qui donne du sens à toute forme de gestion sanitaire de la crise : en corrigeant la mainmise du politique et de l'économique sur la vie (au sens biologique) ; en rappelant la pluralité et la diversité empirique des formes de l'attention ordinaire aux vies vulnérables ; et en contribuant à mettre en lumière l'attention particulière que méritent les activités de soin, indépendamment de leur inscription dans le champ de l'activité salariée.

La crise liée au coronavirus a donc fait entendre une « voix différente », la voix des acteurs du soin, parfois recouverte par celle des agents ou des promoteurs du sain. Elle a pour beaucoup d'entre nous révélé leur présence irréductible et indispensable dans nos vies, dans les liens, fragiles et forts à la fois, qui nous unissent. Elle permet enfin d'envisager autrement la valeur de la vie. Celle-ci ne peut recouvrir seulement la vie biologique qui s'est trouvée mise à mal par l'irruption d'une menace virale à l'échelle mondiale et dont la protection est devenue le mantra des défenseurs du sain. Elle concerne également ces biographies singulières qui comptent au-delà du décompte de leur disparition [16] et qui appellent une approche narrative de leur expérience, de leur mise en relation, de leur appréhension affective et active de la crise qui les traverse et parfois, tragiquement, les emporte.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : AUCUN

Références bibliographiques

- [1] Vigarello G., *Le Sain et le Malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*. Paris : Le Seuil, « L'Univers historique », 1993, 416 pages.
- [2] Fassin D., *Faire de la santé publique*. 2^e édition, Rennes : Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2008, 71 pages.
- [3] Potte-Bonneville Mathieu. COVID-19 : une crise biopolitique ?, *AOC média*, 19 juin 2020. En ligne, consulté le 10 juillet 2021 : <https://aoc.media/opinion/2020/06/18/covid-19-une-crise-biopolitique/>.
- [4] Foucault M. *La Volonté de savoir. Histoire de la sexualité I*. 1^{ère} édition, 1976. Paris : Gallimard, rééd. « Tel »1994, 224 pages.
- [5] Foucault M. « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France. 1975-1976*. Paris : Gallimard/Le Seuil/EHESS, 1997, 286 pages.
- [6] Foucault M. *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Paris : Gallimard/Le Seuil/EHESS, 2004, 286 pages.
- [7] Fassin D. Biopouvoir ou biolégitimité. Splendeurs et misères de la santé publique. In Granjon M.-C. (dir.). *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*. Paris : Éditions Karthala, 2005 : 161-182.
- [8] Gori R., Del Volgo M.-J. *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoël, 2005, 272 pages.
- [9] Morel S. Principes médicaux ou critères économiques : quand le système de soins choisit ses morts. *AOC media*, 19 mai 2020. En ligne, consulté le 11 juillet 2021 : <https://aoc.media/analyse/2020/05/18/principes-medicaux-ou-criteres-economiques-quand-le-systeme-de-soins-choisit-ses-morts/>.
- [10] Fassin D. La valeur des vies. Éthique de la crise sanitaire. *Par ici la sortie !* Juin 2020, n°1 : 3-10.

- [11] Fraisse G. Le soin, le sale, le service ou l'importance des mots. *Par ici la sortie !* Juin 2020, n°1 : 94-96.
- [12] Worms F., Mino J.-C., Dumont M. (dir.). *Le Soins en première ligne*. Paris : PUF, « Questions de soin », 2021, 208 pages.
- [13] Lhuilier D. Le « sale boulot ». *Travailler*. 2005/2, n° 14 : 73-98.
- [14] Tronto J. C. Du care. *Revue du MAUSS*. 2008/2, n° 32 : 243-265.
- [15] Ibos C., Damamme A., Molinier P. et Paperman P. *Vers une société du care. Une politique de l'attention*. Paris : Éditions Le Cavalier Bleu, « Idées reçues », 2019, 184 pages.
- [16] Brugère F., Le Blanc G. Vies que l'on compte, vies qui comptent. *Libération*, 1^{er} avril 2020. En ligne, consulté le 3 avril 2020 : https://www.liberation.fr/debats/2020/04/01/vies-que-l-on-compte-vies-qui-comptent_1783852/.