

L'inestimable dans la relation de soin

Philippe Chanial,
Sociologue,
Université Paris-Dauphine
(IRISSO)
Secrétaire de la Revue
du MAUSS

Dans la relation soignante, le don, pour reprendre une formule de Dominique Bourgeon, c'est le trait d'union. 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 l'hôpital et l'hospitalité. D'où cette boutade de François-Xavier Schweyer 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*) !



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, aux femmes, d'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 dissimulée. Chacun se sou-

vient 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 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.

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 anglosaxons distinguent ainsi le *care* (le soin, l'attention 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 mal-mène 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. A 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. A ce titre, 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*, et à y répondre, non seulement avec efficacité, mais avec tact et sollicitude. En cherchant en quelque sorte l'impossible, la bonne distance. A 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, par sa nature même, au modèle de la prestation marchande ou aux exigences de l'évaluation comptable. Protocoler 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. Or systé-

L'inestimable dans la relation de soin (suite)

matiser 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 milles 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*¹. 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 ou voire des dieux. Gratuité de ce qu'on leur donne, contre rien, sans compter et parfois même sans qu'ils n'y aient droit ou qu'ils le méritent. N'est-ce pas ainsi que la vie circule, que 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, physique². 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. Isabelle Marin évoquait dans un article récent cette patiente, sous chimiothérapie, qui abordant une nouvelle infirmière lui disait : « Ah ! Ça tombe bien, j'ai un cadeau pour vous ». L'infirmière alléchée, de demander : « Quel cadeau ? ». « Mais mon cancer, voyons ! » répondit 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'autre. Observer l'acte de soin comme relation de don permet de montrer que si cette relation est profondément 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 également. 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 malade. 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 bio-médical, à sa pathologie³ ?

Pour conclure : de la relation à l'institution

Dans ce court texte, 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

¹ Gouldner A., Pourquoi donner quelque chose contre rien ?, in La Revue du MAUSS semestrielle, n°32, « L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme », La découverte, 2008.

² 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 l'on n'avait pas su donner.

³ Sauf à promouvoir 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.

L'inestimable dans la relation de soin (suite)

Bibliographie

Caillé A., Chaniel Ph. (sous la direction de), *L'amour des autres. Care, compassion et humanitarisme*, in *La Revue du MAUSS semestrielle*, n°32, La découverte/Mauss, 2008.

Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, 2004, chap.82-85.

Marin I., Don et sacrifice en cancérologie in Chaniel Ph. (sous la direction de), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte/Mauss, 2008.

Schweyer F-X., Crises et mutations de la médecine hospitalière, in De Kervasdoué (sous la direction de), *La crise des professions de santé*, Dunod, 2003, p.241.

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. A l'évidence la relation de soin a besoin de tiers. Or, par delà d'infinies variantes, le fond doctrinal commun à toutes les 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 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. ■



Conditions préalables au souci de soin (suite)

est celui de pouvoir réellement prendre en compte la pensée des gens ayant l'expérience de l'exclusion sociale. Ceux-ci ont une analyse sur leur vie, mais également sur le monde qui les entoure. Il s'agit d'un véritable savoir, qui contrairement au savoir universitaire, n'est ni organisé, ni reconnu. Des expériences particulièrement positives ont été ainsi effectuées dans le champ de la formation professionnelle². Dans la démarche participative, il convient de ne jamais mettre les

personnes en danger. Elles ont besoin de se sentir soutenues, tant par les professionnels que par leur milieu. Il ne s'agit pas de se donner bonne conscience, il faut accepter ce qui peut en ressortir, et toujours dans des espaces de réflexion à plusieurs : cela nécessite de l'investissement, de la patience, et prend du temps. Sur un autre plan, les représentants des usagers dans les institutions, telles les hôpitaux, ne sont pas issus des milieux en situation d'exclusion. Ceux-ci n'ont pas les

moyens d'être dans les instances, non seulement parce qu'elles ne maîtrisent pas leur vie, mais aussi parce qu'on n'y met pas les conditions pour que ce soit possible.

Dans le champ du soin, somatique comme en santé mentale, si on adaptait nos pratiques au public en très grandes difficultés sociales, ne serait-ce pas l'ensemble de la population qui en bénéficierait ? ■

² De Goër B., Ferrand C., Hainzelin P., Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions, in *Santé Publique* 2008, 20, N°2, p. 163-175 ; Ferrand Cl., (sous la direction de), *Le croisement des Pouvoirs*. Editions de l'Atelier Ed. Quart monde, Paris, 2008, 223 p.