

Anne JUSSEAUME, Paul MARQUIS, Mathilde ROSSIGNEUX-MEHEUST

Le soin comme relation sociale : bilan historiographique et nouvelles perspectives

Le terme français de « soin » n'a pas été aussi conceptuellement et historiographiquement matriciel que l'un de ses équivalents anglais, le *care*, repris souvent sans traduction dans les sciences sociales. Depuis les années 1980, ce sont surtout la pluralité des émotions, l'attitude morale et la vulnérabilité comme condition partagée, qui ont séduit les théoriciens. Ils y ont vu la possibilité de questionner des attitudes ou des dispositions morales (*care about, care for*), mais aussi des activités autour du travail de *care (take care)*. Dans cette perspective, la notion a pu apparaître plus complète que celle de soin, justifiant l'usage du terme anglais¹.

Bien que rarement défini, le soin engage en réalité, comme le *care*, des notions extrêmement variées : il peut être entendu à la fois comme l'attention portée aux personnes en situation de dépendance et comme les soins prodigués à celles-ci. Pourtant, en dépit de ce potentiel heuristique, et alors même qu'il demeure central dans de nombreux travaux d'histoire de la médecine, le soin n'a que rarement été choisi par les historiens comme entrée problématique pour interroger leurs sources. Partant d'une définition du soin la plus large possible (de l'attention au traitement), afin de laisser raisonner la pluralité des significations que le terme peut endosser, ce dossier se concentre sur un aspect relativement peu travaillé : la relation de soin. Compris comme l'une des modalités des liens qui se tissent dans un contexte médical, le soin devient dans cette perspective une entrée possible pour examiner les relations ordinaires, de face-à-face, qui lient les malades à tous ceux qui ont la charge de comprendre, soigner ou apaiser leurs maux². On rejoint dès lors l'une des

¹ GARRAU Marie et LE GOFF Alice, *Care, justice, dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, PUF, 2010, p. 5-6.

² Cette approche n'est pas nouvelle en sciences sociales ; en témoigne le texte fondateur d'une certaine sociologie du soin de Luc BOLTANSKI, *La découverte de la maladie : la diffusion du savoir médical*, Paris,

interrogations centrales de l'histoire de la médecine, mais à une échelle micro : au moment où s'invente la médecine clinique, que se passe-t-il au chevet du malade ? Quels liens s'y nouent, selon quelles modalités ?

La relation de soin : un chantier historiographique en construction

Il y a quinze ans déjà, pour introduire les actes d'un colloque intitulé « Les thérapeutiques, usages et savoirs », Olivier Faure écrivait : « Quoi de plus banal que de s'occuper des traitements lorsque l'on parle de médecine, que ce soit celle d'hier ou celle d'aujourd'hui. Pourtant la chose ne va pas de soi et la thérapeutique a été et reste la parente pauvre de l'histoire de la médecine »³. Ces actes publiés constituent aujourd'hui encore le recueil de textes le plus dense sur l'histoire de la relation de soin puisqu'il s'agissait alors de « suivre le médecin traitant ses malades ». Des chercheurs de toutes les disciplines y abordaient la construction des représentations des usages du soin, la pluralité des soignants engagés dans la relation de soin, la mise en pratique de plusieurs formes de thérapeutiques, et enfin le rapport des malades aux remèdes et à ceux qui les dispensent. L'ouvrage avait enfin le grand mérite d'envisager les thérapeutiques comme des pratiques sociales et culturelles uniquement compréhensibles à la l'aune des contextes dans lesquels elles sont produites. Cette approche donnait par conséquent aux historiens un rôle de choix dans la compréhension de la singularité de la relation de soin et invitait à inscrire celle-ci dans un espace social élargi.

À cette invitation pionnière à explorer l'histoire des relations de soin ont répondu quelques rares travaux. L'ouvrage d'Anne Carol sur l'histoire du rapport des médecins à la mort en France aux XIX^e et XX^e siècles est, par exemple, très attentif aux interactions produites par la maladie⁴. L'auteure questionne la relation que le médecin entretient avec son patient au moment de l'agonie et souligne les jeux de dévoilement et de dissimulation de la vérité auxquels se livrent les médecins au chevet des malades quand la mort devient une issue inévitable. Mais s'agit-il encore, à cette extrême limite, d'une relation de soin ? Dans un article publié dans un ouvrage collectif paru en 2013 sur les relations médecin-malade, Isabelle Robin-Romero analyse quant à elle la condition de malade et de soignant en partant du lien épistolaire, qui, au XVIII^e siècle, unit dans une relation à distance un membre de la faculté de médecine de Paris à ses clients⁵. En tant que telle, la relation de soin qui se

Centre de sociologie européenne, 1968. En capacité d'observer *in situ* les lieux de soin, les sociologues en ont fait un des angles d'approche de la sociologie de la médecine.

³ FAURE Olivier (dir.), *Les Thérapeutiques : savoirs et usages*, Lyon, Fondation Marcel Mérieux, 1999.

⁴ CAROL Anne, *Les Médecins et la mort, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Éditions Aubier, 2004.

⁵ ROBIN-ROMERO Isabelle, « La relation entre médecin et malade dans le cadre des consultations épistolaires : la correspondance de Geoffroy au début du XVIII^e siècle », dans BELMAS Élisabeth et NONNIS-VIGILANTE Serenella (dir.), *Les relations médecin-malade. Des temps modernes à l'époque contemporaine*, Paris, Presses universitaires du Septentrion, 2013, p. 191-207.

noue entre malades, soignants et famille n'a donc été que peu adoptée comme angle problématique par les historiens français⁶.

Comme le soulignait Olivier Faure dans son introduction, l'historiographie anglo-saxonne a été plus précoce sur ces questions. Il faut en particulier signaler le travail mené par Roy et Dorothy Porter sur la relation thérapeutique et les soignants non-médecins auxquels ont recours les patients aux XVIII^e et XIX^e siècles, ainsi que celui d'Edward Shorter sur la relation médecin-malade de la fin du XVIII^e siècle à nos jours⁷. L'historien américain dresse le constat suivant : alors que les connaissances et les savoirs médicaux n'ont jamais été aussi importants, les rapports qui unissent le praticien à son patient semblent s'être détériorés à partir des années 1950. En permettant aux médecins de traiter les affections plus efficacement, la « révolution thérapeutique » des années d'après-guerre aurait donc modifié en profondeur la relation de soin, désormais plus orientée vers le traitement de la maladie que vers l'attention au patient.

Quoique peu interrogé comme lien entre des individus, le soin est malgré tout largement mobilisé pour qualifier les espaces, les acteurs, et les pratiques de la médicalisation⁸. Les réflexions autour des traitements, mais aussi des gestes, des valeurs et de la formation du personnel médical, ont servi aux historiens à analyser la naissance des professions de sage-femme, d'infirmière, de garde-malade ou encore de médecin⁹. Faire l'histoire des professions médicales à partir de la conquête des soins dispensés a aussi permis de montrer que le soin est central dans les conflits de compétence à l'origine de la spécialisation des unes et des autres¹⁰. Dans la même perspective, les historiens de l'hôpital insistent sur la distinction entre les lieux dédiés

⁶ Pour un bilan de l'histoire du patient depuis les travaux de Roy Porter, voir CONDRAU Flurin, « The patient's View meets the Clinical Gaze », *Social History of Medicine*, n° 20-3, 2007, p. 525-540.

⁷ SHORTER Edward, *Doctors and their Patients. A Social History*, New Brunswick et Londres, Transaction Publishers, 1991.

⁸ DÉMIER Francis et BARILLÉ Claire (dir.), *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Paris, Action artistique de la ville de Paris, 2007. Voir aussi le numéro spécial coordonné par Luc Berlivet que la revue *Genèses* a consacré en 2011 aux renouvellements récents de la recherche sur la médicalisation.

⁹ DIÉBOLT Évelyne et FOUCHÉ Nicole, *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*, Paris, Éditions Publibook Universités, 2011 ; CHEVANDIER Christian, *Infirmières parisiennes, 1900-1950. Émergence d'une profession*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2011 ; SAGE-PRANCHÈRE Nathalie, *L'école des sages-femmes. Les enjeux sociaux de la formation obstétricale en France, 1786-1916*, thèse d'histoire soutenue à l'université de Paris-Sorbonne en 2011 ; NOLAN Peter, *A history of mental health nursing*, Oxford, Nelson Thornes, 2000 ; LEROUX-HUGON Véronique, *Des saintes laïques, les infirmières à l'aube de la Troisième République*, Paris, Éditions Sciences en situation, 1992 ; COLLIÈRE Marie-Françoise et DIÉBOLT Évelyne (dir.), *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, Sainte-Foy-lès-Lyon, AMIEC, 1988.

¹⁰ RABIER Christelle, « La disparition du barbier chirurgien. Analyse d'une mutation professionnelle au XVIII^e siècle », *Annales, Histoire, Sciences sociales*, 2010/3, p. 679-711.

aux soins des malades et ceux dédiés à l'accueil des incurables et des vieillards. Cette observation leur permet de faire de l'hôpital du milieu du XIX^e siècle un espace centré sur le soin qui constitue sa finalité¹¹. Enfin les travaux sur la spécialisation des disciplines médicales accordent une place centrale à la construction des savoirs et des traitements et, là encore, à la délimitation des zones de légitimité des spécialités en voie d'élaboration¹². Dans ces approches qui questionnent la spécialisation des savoirs, des espaces et des acteurs de la santé, le soin est mobilisé pour délimiter des territoires et des compétences. L'échelle d'observation retenue par ces approches n'est donc pas celle du face-à-face : l'activité de soin qualifie bien plus qu'elle ne constitue une expérience relationnelle.

L'historiographie des relations patients/malades renvoie bien, quant à elle, à la question de la relation de soin. Dans *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Jacques Léonard dresse une typologie des comportements des patients en fonction de leur classe, analysant ainsi les rapports sociaux dans lesquels le soin se déploie¹³. Il insiste par ailleurs sur la façon dont les progrès du savoir et du savoir-faire soignants s'enracinent dans les observations *in situ*¹⁴. Pionnier de l'histoire du soin, il se place « au chevet des patients » et explore les liens qui préexistent ou s'établissent entre médecins, religieuses et malades¹⁵. En insistant sur l'intensification, au XIX^e siècle, du maillage médical qui se traduit par la présence, sur tout le territoire, des médecins et autres acteurs de santé, Olivier Faure dépeint pour sa part une « société tout entière [...] au contact de la médecine »¹⁶. Enfin, Claire Fredj approche au plus près le moment où patient et médecin interagissent, montrant ce que ce dialogue a de central dans l'élaboration du traitement¹⁷. Dans le sillage de ces

¹¹ BARILLÉ Claire, « Lariboisière : un hôpital pour les travailleurs parisiens. Étude sur les publics et les fonctions d'un hôpital moderne en 1887 », *Le Mouvement social*, n° 221-4, 2007, p. 71-94 ; ROSSIGNEUX-MEHEUST Mathilde, « Accueillir ou soigner ? Les ambivalences de l'offre d'assistance aux vieillards des hospices parisiens au XIX^e siècle », dans BEAUVALET Scarlett et DINET-LECONTE Marie-Claude (dir.), *Lieux et pratiques de santé du Moyen-Âge à la 1^{re} Guerre mondiale*, Amiens, Éditions Encreage, 2013.

¹² LELLOUCH Alain, *Jean-Marie Charcot et les origines de la gériatrie. Recherches historiques sur les fonds d'archives de la Salpêtrière*, Paris, Payot, 1993 ; DOWBIGGIN Ian R., *Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*, Berkeley, University of California Press, 1991.

¹³ LÉONARD Jacques, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977.

¹⁴ LÉONARD Jacques, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Éditions Aubier Montaigne, 1981, p. 131-137.

¹⁵ Il montre notamment leur alliance professionnelle notamment autour de deux types de soins : « les soins du corps les plus répugnants, et les troubles de l'âme les moins matériels ». Jacques LÉONARD, « Femmes, religion et médecine : les religieuses qui soignent, en France au XIX^e siècle », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 1977, p. 887-907.

¹⁶ FAURE Olivier, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, p. 40.

¹⁷ Elle consacre le chapitre 10 de sa thèse au travail de soin du médecin militaire en campagne et s'arrête sur toutes les formes de soin et de surveillance que le médecin exerce sur les corps des soldats. FREDJ Claire, *Médecins en campagne, médecine des lointains. Le service de santé des armées en campagne dans les expéditions*

travaux, ce dossier cherche à comprendre la relation de soin, au plus près de l'interaction qui s'y produit.

Histoire symétrique d'une relation asymétrique

Partant de l'idée que la relation de soin est une expérience partagée, écrire une « histoire à parts égales »¹⁸ entre médecins, malades et personnel soignant peut constituer une ambition méthodologique. Cette histoire « vue d'en bas » invite à multiplier les éclairages sur la relation de soin¹⁹. Prolongeant les perspectives ouvertes par son travail sur l'Institut de psychiatrie de l'hôpital Brugmann à Bruxelles²⁰, Benoît Majerus note ainsi qu'une approche du soin par sa dimension relationnelle redonne toute sa place à la catégorie hétérogène du personnel soignant. Alors que les psychiatres sont rarement en interaction avec leurs patients pendant une bonne partie des XIX^e et XX^e siècles, les infirmiers et les « petites mains » qui les accompagnent sont en effet en relation quotidienne avec les malades dans une activité de plus en plus orientée vers le soin.

En accordant une égale importance à ces différents acteurs, il ne s'agit nullement de nier l'asymétrie sociale et culturelle qui existe de façon plus ou moins prononcée dans la relation de soin. Partir de l'interaction soignante doit permettre de penser ce qui instaure des rapports de pouvoir et des possibilités de négociation entre soignants et soignés, en s'interrogeant sur la « capacité d'agir » des uns et des autres. Le médecin s'impose-t-il toujours au malade ? À quelles conditions l'acte de soin peut-il échapper à l'infériorisation du patient, à la réification du malade et de la maladie ? Dans une perspective très goffmanienne, Fabrice Cahen met face à face les attitudes et les mots des médecins à l'origine d'un répertoire stigmatisant sur les femmes venant avorter à l'hôpital avant le vote de la loi Weil de 1974. Il décrit les stratégies des patientes ainsi discréditées – stratégies allant du déni au dévoilement. Les dossiers de patients schizophrènes internés à l'asile de Maison-Blanche permettent à Hervé Guillemain d'établir que le refus de soin devient, dans les années 1930, un moyen de repérer la démence précoce. Claire Fredj dresse pour sa part une typologie des refus et des contestations de soin dans l'Algérie coloniale des années 1930, soulignant ainsi les difficultés rencontrées par les patients indigènes mais aussi les exigences en matière de soin imposées par le colonisateur.

Ces questions sont d'autant plus cruciales que la sollicitude et la volonté de guérir peuvent masquer les dimensions coercitives et autoritaires à l'œuvre dans la

lointaines du Second Empire (Crimée, Chine-Cochinchine, Mexique), thèse d'histoire soutenue à l'École des hautes études en sciences sociales en 2006, p. 693-697.

¹⁸ BERTRAND Romain, *L'histoire à parts égales. Récits d'une rencontre Orient-Occident (XVI^e-XVII^e siècles)*, Paris, Le Seuil, 2011, p.14.

¹⁹ Ainsi qu'elle a été impulsée par les travaux de Roy Porter. RIEDER Philip, « L'histoire du « patient » : aléa, moyen ou finalité de l'histoire médicale ? », *Gesnerus*, n° 60, 2003, p. 260-271.

²⁰ MAJERUS Benoît, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, PUR, 2013.

relation de soin. Benoît Majerus ouvre notamment une piste en évoquant les violences exercées par les infirmières sur les malades. Faire l'histoire de la relation de soin suppose donc de dépasser la perspective strictement médicale et de repenser ce qui se joue socialement et moralement dans le soin et dans la construction des identités respectives, personnelles et professionnelles, des acteurs de la relation. Hervé Guillemain analyse ainsi comment, dans les années 1930, la « naissance » de l'infirmier psychiatrique s'est en partie construite à partir de la figure du bon soignant mais aussi du bon surveillant véhiculée par les manuels infirmiers.

Une histoire au pied du lit des soignés

L'analyse de ce face à face, dans l'instant du soin, invite à penser le moment et les lieux où se constitue et se donne à voir l'identité des individus²¹. Chercher à écrire l'histoire de la relation de soin implique d'adapter le niveau d'analyse aux exigences de l'objet. Mais comment faire entendre ce qui se dit et donner à voir ce qui se fait « au pied du lit » des soignés ? S'il demeure l'objet autour duquel s'organise la vie des salles hospitalières, le lit n'est d'ailleurs pas le seul poste d'observation de la dimension relationnelle du soin ; il suffit par exemple de penser à l'importance de la chaise et du bureau dans le cabinet du médecin généraliste²² ou à celle du divan dans le cabinet du psychanalyste. Le choix d'une telle échelle d'observation invite en tout cas à interroger autrement l'influence, sur la relation de soin, de l'aménagement de l'espace, de la répartition et de l'occupation des lieux.

Mais les « effets de connaissance » de ce « jeu d'échelle » ne se limitent pas aux lieux dans lesquels s'inscrit la relation de soin : ils s'appliquent également à la temporalité spécifique de cette dernière. En se postant « au pied du lit », il s'agit aussi de comprendre comment la relation de soin s'inscrit dans le quotidien, entendu à la fois comme ce qui est banal et ce qui revient chaque jour²³. L'article d'Anne Jusseaume, qui retrace la vie des hôpitaux parisiens au XIX^e siècle à partir de la correspondance administrative, révèle que les rondes des sœurs dans les salles de malades sont autant de moments contribuant à alimenter des relations de soin répétées et routinières. Les analyser permet de rendre compte du rôle des sœurs dans l'identification des maladies, dans la surveillance du bon déroulement des traitements

²¹ GOFFMAN Erving, *Asiles. Études sur les conditions sociales des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968 [éd. orig. 1961] ; Idem, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1975.

²² CRENNER Christopher, *Private practice: In the early Twentieth-Century medical office of Dr. Richard Cabot*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2005.

²³ À la fin des années 1980, Marie-Françoise Collière appelait déjà à faire l'histoire des femmes soignantes en abordant, entre autres, les pratiques soignantes inscrites dans le quotidien, « fondues dans des gestes coutumiers paraissant aller de soi, sombrant dans la banalité, ce qui leur vaut d'être ignorées, et d'échapper à l'écriture qui forge l'histoire ». COLLIÈRE Marie-Françoise, « Une histoire usurpée... L'histoire des femmes soignantes », dans COLLIÈRE Marie-Françoise et DIÉBOLT Évelyne (dir.), *Pour une histoire des soins...*, *op. cit.*, p. 37.

ainsi que dans la gestion des crises à l'hôpital. Le soin peut dès lors être identifié partout où s'élabore la vie sociale des soignants et soignés, et constitue à la fois une expérience sociale et une expérience vécue²⁴. Procéder de la sorte impose donc d'intégrer la relation de soin dans l'environnement social et culturel dans lequel elle s'inscrit. Faire le choix de demeurer « au pied du lit » permet ainsi à Claire Fredj d'envisager les multiples lieux du soin dans l'Algérie coloniale, qu'ils soient permanents ou éphémères, et à Anne Jusseaume de relire le moment de la laïcisation des hôpitaux.

Si certaines interactions ne produisent pas d'archives, la recherche des lieux où s'élabore la vie sociale des soignants et des soignés a conduit les auteurs de ce dossier à faire un pas de côté pour lire et surtout croiser à nouveaux frais les sources classiques de l'histoire sociale de la médecine : correspondance administrative des hôpitaux, registres et dossiers de patients, dossiers de personnel, presse généraliste et spécialisée, enquêtes de santé et travaux médicaux, récits de médecins et archives des missionnaires. L'ampleur des travaux existants permet aux auteurs de s'engager sur de nouvelles pistes sur les traces d'une histoire interactionniste encore discrète. En plaçant « au centre la pratique sociale des êtres humains »²⁵, nous espérons nous replonger dans une question, désormais classique de l'histoire de la médecine²⁶, celles des dominations induites par la médicalisation de la société française. En insistant sur la nature des échanges et des marges de manœuvre de tous les membres impliqués dans la relation de soin, chaque article propose aussi une relecture originale des sources de l'histoire médicale. À ce titre, nous finissons par un regret : celui de l'absence d'approches attentives aux transactions économiques dans la relation de soin. Que l'argent occupe une place centrale dans certaines thérapies ou qu'il constitue plus généralement un enjeu dans la relation soignant/soigné/famille, il est certain que les rapports sociaux construits dans les espaces médicaux ne se cantonnent pas à la question des économies morales et qu'il faudra à l'avenir aborder l'histoire des relations de soin dans une perspective plus comptable.

²⁴ REVEL Jacques, *Jeux d'échelle. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, 1996, p. 21 ; Alf Lüdtke emploie plutôt l'expression de « vécu quotidien ». LÜDTKE Alf, *Des ouvriers dans l'Allemagne du XX^e siècle : le quotidien des dictatures*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 17.

²⁵ LÜDTKE Alf, *Des ouvriers dans l'Allemagne...*, *op. cit.*, p. 283.

²⁶ Nous refusons pour notre part de considérer ce dossier clos. COSTE Joël, « Les relations entre médecins et malades dans les consultations médicales françaises (milieu XVI^e-siècle-début XIX^e siècle », dans BELMAS Élisabeth et NONNIS-VIGILANTE Serenella (dir.), *Les relations médecin-malade...*, *op. cit.*, p. 23-42.