

Prendre soin, donner sens : pour une conception maussienne de la médecine

REVUE MÉDECINE ET PHILOSOPHIE

Fabien Robertson*

*Professeur agrégé de philosophie. Membre du laboratoire CERREV (Centre d'étude et de recherche sur les risques et les vulnérabilités – Caen). Membre du MAUSS (Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales)

RÉSUMÉ

Contrairement à une conception de type utilitaire, qui tend à dominer aujourd'hui, la médecine répond fondamentalement à une éthique qui doit se comprendre à partir du don, c'est-à-dire de la triple obligation de donner, recevoir et rendre. En effet, la motivation intrinsèque d'une telle activité consiste à s'occuper d'un patient qui est à la fois objet et destinataire des soins prodigués. Ce que le patient a à offrir en retour n'est pas tant de l'argent qu'une certaine confiance, qui est une des conditions essentielles de l'exercice de la médecine. C'est que celle-ci, avec toutes ses incertitudes, vise la santé, qui consiste dans le rétablissement de relations suffisamment assurées entre l'individu, son corps et le monde ; et c'est pourquoi le médecin fait avant tout œuvre de remédiation. Voilà, pour l'essentiel, ce qui échappe aux tentatives gestionnaires et mercantiles qui tendent à imposer des principes qui en trahissent l'esprit, et en corrompent la pratique.

MOTS-CLÉS : don, médecine, éthique, utilitarisme, confiance, soin.

La médecine d'un point de vue utilitaire

On peut dégager sans difficulté une conception libérale et instrumentale de la santé : elle tend à considérer tous les actes de soin comme autant de prestations marchandes, quantifiables, comparables, entre lesquelles un patient consommateur doit pouvoir choisir de manière transparente et avisée ; il lui appartient de déterminer quelles ressources il affecte à sa santé et d'arbitrer entre les soins et prestataires dont il estime avoir besoin, afin d'obtenir le service le plus rentable et le plus efficace. De leur côté, si les personnels offrent leurs services, ce n'est pas par bienveillance et amour du prochain mais en fonction de la reconnaissance qu'ils en attendent, reconnaissance principalement financière, grâce à laquelle chacun pourra mesurer son mérite propre en le comparant à d'autres sur un marché parfaitement concurrentiel.

Dans cette conception, l'assistance publique reste néanmoins hors-marché, en étant chargée d'assurer des presta-

tions de base, nécessaires mais minimales : d'une part, parce qu'on ne peut décemment aller jusqu'à laisser mourir les gens, ou du moins en supporter la responsabilité ; d'autre part, il faut contenir les risques de contamination, ce qui suppose l'établissement de stratégies communes dont le laisser-faire marchand est incapable. Mais il faut améliorer l'efficacité de ce secteur, et ce à moindre coût, parce qu'il pèse sur les finances des contribuables. Pour ce faire, les hôpitaux ont été soumis à des règles d'« efficacité », qui impliquent des modes d'évaluation, de contrôle et de réorganisation, venus tout droit du management d'entreprise. Deux présupposés animent ces transformations : ce type de gestion rendrait nécessairement les organisations meilleures ; il peut s'adapter à toute institution sociale, y compris à celles qui, n'étant pas des entreprises, ne visent pas le profit.

Le secteur hospitalier a été l'un des plus touchés par le *new public management*, permis notamment par la Loi

organique relative aux lois de finances de 2001 (Chaniel, 2010). Aux exigences et aux besoins de santé publique s'ajoutent donc des impératifs purement gestionnaires, qui travaillent au corps les institutions de santé, en prélevant remédier à leurs maladies chroniques : surcoût, prestations lourdes et inutiles, manque de performance des personnels, abus des patients qui profitent d'un système qui paraît gratuit, mais qui est au contraire particulièrement couteux. En France notamment, cette gestion a surtout eu pour but de limiter le coût collectif des soins de santé, but auquel s'ajoute l'ambition d'en améliorer la qualité et, conséquemment, une hausse globale du niveau de santé de la population. Or cette conception, qui domine la majeure partie des réformes liées à la santé depuis presque un demi-siècle, a produit des effets qui n'apparaissent pas particulièrement heureux. On en est même arrivé à produire une médecine moins efficace et plus coûteuse que celle qui s'appuie exclusivement sur l'exigence de soin, et qui laisse les considérations utilitaires au second plan¹. C'est tout le paradoxe d'un certain nombre de réformes qui produisent au final les effets qu'elles dénoncent. L'imposition réitérée et globale de la rationalité instrumentale au domaine des soins de santé tend à produire les effets dénoncés par ses promoteurs, comme ces maladies iatrogènes, qui sont produites par l'intervention du médecin censé y remédier. C'est qu'en procédant ainsi, on en vient à trahir le sens même de la médecine :

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 font mais uniquement par leur compétence technique et scientifique, avec la décomposition croissante d'un système de santé publique qui ne suffit plus à assurer aux plus démunis le droit pourtant imprescriptible de la santé, c'est toute la composante humaniste de la médecine qui se délite. (Caillé, 2008)

Quelle est donc cette « composante humaniste de la médecine » dont parle Alain Caillé (1944-) ? Il ne s'agit pas d'un ensemble de valeurs qui transcendent les manières de faire, ou qui viendraient corriger après coup les comportements des médecins et des patients, mais des principes inhérents à la pratique elle-même, une véritable éthique impliquée par le métier et son sens propre. C'est que la relation médicale reste et restera toujours une relation de soin. C'est pourquoi penser la santé en des termes qui nient cette composante essentielle, et changer la réalité pour la conformer à des principes qui lui sont contraires, revient à en corrompre la nature profonde. Autrement dit, en cherchant à optimiser les soins relativement aux coûts, en s'appuyant par principe sur l'opportunisme des médecins et des patients, ainsi que sur des contraintes concurrentielles, on risque bien d'affaiblir considérablement les motivations propres à la relation de soin. C'est que, comme l'énonce l'article 19 du code de déontologie médicale, « la médecine ne doit pas être considérée comme un commerce ». Or, nous assistons, en ce domaine

¹ Sur ce bilan, on pourra, entre autres références, consulter le numéro de la Revue du MAUSS n° 41, notamment l'article des Docteurs Blouses, « L'hôpital malade de l'« efficacité » », dans lequel un collectif, regroupant des médecins hospitaliers associés au sociologue Nicolas Belorgey, montre le caractère délétère des vagues successives de réformes du secteur hospitalier. Gageons que les choses, depuis cet article publié en 2012, se sont encore détériorées.

comme en tant d'autres, à une extension de l'esprit de commerce, qui fait qu'« on trafique de toutes les actions humaines, et de toutes les vertus morales » (Montesquieu, 1961), y compris ici celles qui échoient aux personnels soignants.

Cet esprit affecte jusqu'aux organisations elles-mêmes, sommées de fonctionner suivant des normes de « performance », dûment évaluées et contrôlées, qui imposent des difficultés particulières à celles dont les principes sont tout à fait contraires. Il en va ainsi du vaste domaine de la santé. Pourquoi, au fond ? On peut estimer que le paiement par le patient garantisse une conscience des coûts, et en conséquence une certaine maîtrise dans le choix et le suivi des soins disponibles. Dans le même esprit, on peut juger que les soignants, et tout particulièrement les médecins, doivent être intéressés à la réussite de leur travail. Après tout, la meilleure manière d'obtenir quelque chose d'eux, comme de tout homme, n'est-il pas de compter sur le « soin qu'ils apportent à la recherche de leur propre intérêt », de s'en remettre à leur « égoïsme » plutôt qu'à leur « humanité », suivant les formules d'Adam Smith (2003) ? Mais il n'est pas sûr que ce que Smith écrivait à propos du boucher, du brasseur et du boulanger puisse valoir pour le médecin et son patient : il faut se demander si l'on peut proposer des consultations comme on vend de la viande, et si une personne qui cherche à se faire soigner raisonne de la même manière que celle, tout à fait rétablie, qui souhaite se payer une bonne bière.

Bien sûr, comme tout un chacun, il est rare qu'un médecin fasse quoi que ce soit de manière gratuite, en pure perte et sans arrière-pensée. Et il est évident que c'est généralement par intérêt que l'on fait bien son travail. Pour autant, la pseudo-évidence de ce constat tient d'abord au terme fourre-tout d'« intérêt », au caractère à la fois vague et séduisant de la notion. Si on entend par « intérêt » ce en vue de quoi on fait quelque chose, alors, oui, tout le monde agit par intérêt, en étant motivé par certaines choses envisagées comme bonnes – combien même cette motivation s'avère illusoire, masquant alors d'autres intérêts dont l'acteur n'a pas nécessairement conscience. Mais si on entend par « intérêt » un bénéfice personnel indépendant de l'activité pratiquée (qu'il s'agisse d'argent, de pouvoir, de reconnaissance sociale), on réduit déjà considérablement le champ des motivations à l'une d'entre elles qui, d'une part est égoïste, d'autre part est détachée de l'activité en question. C'est cette confusion constante de la notion d'intérêt qui permet à un utilitarisme paresseux de prétendre se vérifier partout, et tout le temps.

Surtout, cette forme utilitaire de l'intérêt ne peut être la seule à jouer son rôle dans l'action des soignants. En effet, se vouer à soigner les autres implique généralement une préoccupation personnelle pour cette tâche, une forme d'engagement qui fait que l'on ne saurait réduire les personnels soignants à de simples mercenaires². Le seul recours à l'intéressement et à la contrainte a généralement des effets pervers, au premier rang desquels on peut trouver l'absence de motivation pour l'activité elle-même, et par conséquent une indifférence à la qualité de celle-ci, ce qui entraîne généralement sa détérioration. Quelques discours de façade, vantant le professionnalisme ou l'éthique des personnels de soin, rajoutant une couche d'éthique

² Pour le dire en d'autres termes, il faut distinguer entre l'« intérêt pour » et l'« intérêt à » (Caillé, 1994), ou encore entre des motivations intrinsèques et d'autres extrinsèques (cf. notamment Beauvallet, 2009).

a peu de frais, ne changent pas le problème. Vouloir à tout prix la performance et la concurrence contrevient à la vocation médicale elle-même, telle qu'elle s'éprouve dans une pratique où le don de soi et l'éthique du soin se mêlent aux compétences scientifiques et techniques. Le prix à payer de nombreuses réformes est que cet engagement n'est valorisé que pour être exploité, ce qui incite les personnels soignants, qui ont de moins en moins envie de se sacrifier en vain, à se détacher de plus en plus de leur travail. Or, un engagement, pour être véritablement reconnu, doit avant tout être garanti dans ses principes, dans son caractère autonome et dans ses conditions pratiques de réalisation.

Ces principes sont ceux de la relation de soin, laquelle est fondamentalement une relation de don. Et c'est pourquoi le fait même de vouloir la rabattre sur des principes utilitaristes est si dangereux. Penser le soin, et notamment le soin médical, sous le registre du calcul et de l'intérêt égoïste, c'est en trahir l'esprit et le rendre du même coup inopérant. Ainsi que nous entendons le montrer ci-après, ce n'est pas que le soin doive être le fait de personnes totalement dévouées et charitables, prêtes à tout donner sans rien attendre en retour. Il doit plutôt être compris à partir de la triple obligation de donner, recevoir et rendre³, par laquelle Marcel Mauss (1872-1950) caractérise le don dans l'essai majeur qu'il lui consacre (Mauss, 1993)⁴. Il faut bien comprendre que le don, au sens maussien, n'est ni ce geste prétendument gratuit et désintéressé promu par les défenseurs de la charité, ni son opposé qu'est l'échange marchand. Comme forme première et fondamentale de toute vie sociale, il est cette dynamique qui parvient à lier des forces contraires, non seulement l'intérêt et le désintéressement, mais la liberté et la contrainte.

Le don, bien qu'omniprésent, prend des formes diverses et variées. On donne de tout et à toutes sortes de gens, mais d'un contexte à l'autre et d'une pratique à l'autre, sa signification peut varier considérablement. Ainsi faire l'aumône n'a pas le même sens que rendre un service à un ami, faire un cadeau n'est pas s'acquitter d'une dette, etc. En l'occurrence, il faut comprendre à quel type de don le fait de soigner renvoie, notamment pour ceux qui en font profession. Qu'est-ce qui est demandé, donné, reçu, rendu ? Par qui et comment ? Suivant quels principes ? Voilà ce qu'il nous appartient de préciser.

Ce que donne le médecin

L'intervention du médecin est l'objet de multiples attentes de la part du patient : il espère se voir accorder un rendez-vous, patiente pour être reçu, souhaite qu'on lui prête attention, que le médecin produise un diagnostic et propose, le cas échéant, un traitement. Il faut que le médecin accompagne et conseille, soit disponible tout en restant professionnel, pour fournir un « service » que le patient

ne peut se prodiguer lui-même, ce pourquoi il est en situation de demande. Or il n'y a pas de demande sans attente d'un don. Mais quel est ce don premier, qui conditionne tous les autres, et qui doit être effectué par le soignant ?

Ce don consiste essentiellement en des actes de soin. Le premier de ces actes est l'écoute, l'attention portée au patient, à sa parole comme à son corps. La plupart des médecins ont à parler avec leur patient, et le temps accordé comme les mots dits sont déjà de l'ordre du soin, du souci accordé aux difficultés d'autrui, qui méritent un minimum de considération et de sollicitude. Le second est le diagnostic, qui vient répondre à la demande initiale du patient, et qui donne sens aux maux qui l'affectent ; cette interprétation est plus ou moins affirmée, plus ou moins comprise, mais son rôle est toujours de faire la relation entre le mal-être ressenti et des causes que le patient ne peut connaître ou traiter par lui-même. On voit déjà que le médecin est homme de parole, non seulement parce que même le plus « taiseux » d'entre eux doit bien s'adresser à son patient, mais aussi parce qu'il doit engager son savoir-faire par des jugements et des préconisations dont il a la responsabilité. Le troisième type de soin est le traitement des maux, direct ou prescrit : quand les actes de parole ne suffisent pas, et que la pathologie résiste aux discours, qu'elle s'est installée, revêche, dans le corps, il faut lui trouver des réponses adaptées (médicaments, exercices, opérations). Ainsi, l'écoute, le diagnostic et le traitement sont les dons élémentaires que le médecin est capable de produire.

En dehors des biens aliénables, le don n'implique pas forcément de se départir de quelque chose. Il n'est pas nécessaire pour le médecin d'offrir sa santé ou encore de prendre la maladie du patient ; la première attitude paraît impossible et on ne voit guère l'utilité de la seconde. Donner c'est accorder quelque chose (du temps, de l'énergie, des paroles, en l'occurrence) dans l'attente d'effets, lesquels ne peuvent pas être véritablement prévus ni clairement estimés. Ce caractère à la fois imprévisible et inestimable de la relation de don fait toute la différence avec l'échange circonstancié et contraint, lequel tend à garantir les effets attendus de la manière la plus prévisible, le modèle idéal étant celui d'une opération purement mécanique, où les causes produisent nécessairement leurs effets pour qui en connaît le rapport. Qu'en est-il à cet égard de la relation médicale ? En fait, le médecin ne peut être la cause efficiente et suffisante de la guérison. *Medicus curat, natura sanat* : la médecine soigne, la nature guérit. En effet, on ne sait jamais, parmi tous les soins prodigués, lesquels seront efficaces. C'est pourquoi ils sont généralement distribués avec une certaine largesse, sans qu'on puisse en mesurer à coup sûr les effets escomptés, et donc comparer exactement les coûts engagés par rapport aux effets produits. On écoute plus que nécessaire, on tente des diagnostics hésitants, et on peut prescrire des traitements qui s'avèreront peu utiles.

Voilà certainement ce qui obsède et scandalise la pensée utilitariste ordinaire, laquelle voudrait proportionner de manière optimale les coûts et les bénéfices, évaluer l'un et l'autre pour mieux les ajuster, afin de permettre au patient de comparer des prestations similaires et de s'assurer d'une rentabilité maximale en termes de santé. Cette pensée qui ne supporte pas les dépenses vaines, qui

³ A ces trois moments, on peut en rajouter un quatrième, comme y invite A. Caillé dans son dernier ouvrage de 2019 : la demande. Précisément, c'est par la demande de soin que le patient se définit le plus souvent.

⁴ Marcel Mauss, neveu et héritier d'Emile Durkheim, a eu une influence décisive sur l'anthropologie française, notamment par son enseignement. Son œuvre est composée de multiples articles et essais, au premier rang desquels figure l'« Essai sur le don », publié en 1924 dans *l'Année sociologique*. Dans cette œuvre foisonnante, la question de la santé figure au second plan, mais les écrits portant sur la magie ou sur les techniques du corps donnent souvent des indications utiles sur le caractère symbolique de la relation de soin. La relation entre don et médecine n'y est pas spécifiquement analysée, à notre connaissance. C'est ce que nous nous essayons de travailler dans cet article.

considère que « le temps c'est de l'argent »⁵, est contraire aux principes du soin comme du don. Le problème, si c'en est un, est que l'incertitude domine, et ce à quelque niveau qu'on se place : si elle est inhérente aux relations sociales qui ne peuvent s'ajuster spontanément (ne serait-ce que par méconnaissance des motivations des autres), elle vaut aussi pour les relations entre organismes et leur rapport à leur milieu. Dans la mesure où l'acte de soin implique une relation sociale où se joue la santé d'une personne, il est parfaitement logique qu'il ne puisse se plier à des normes pareilles.

En effet, malgré toutes les découvertes et inventions qui tendent à améliorer les pratiques médicales, aucun progrès n'est définitivement assuré, parce que le médecin a pour objet des êtres vivants et humains, dont la guérison demande une expérience, un art, et au fond une attention aux différences individuelles. La guérison, si elle peut être préparée, voulue, attendue, n'est jamais produite automatiquement et mécaniquement. C'est pourquoi les tentatives technocratiques d'en circonscrire les conditions de productions, ou marchandes d'en établir les conditions d'acquisition, demeurent vaines et illusives. Si elles provoquent toutes sortes d'effets, elles peinent à tenir compte de la dimension d'aléa inhérente à la vie, à la vie humaine, sur laquelle portent les actes de soin.

Au contraire, le don, intégrant la dimension d'aléa de la vie, puisqu'il agit sans jamais garantir et qu'il oblige sans toutefois contraindre, implique au contraire des relations singulières et personnelles entre ceux qui s'engagent mutuellement, qui échangent sans pouvoir ou même vouloir mesurer la valeur de ce qu'ils offrent et reçoivent. Certes, la relation médicale ne semble pas engager ainsi le médecin vis-à-vis du patient, avec lequel il entretient plutôt un rapport impersonnel, et souvent occasionnel. Il engage sa parole, son expertise, mais sans pour autant devenir l'obligé ou encore l'ami de celui qu'il doit soigner. Peut-être le médecin de famille d'autrefois, qui assistait aux naissances comme aux décès, qui se déplaçait de loin pour visiter le malade, fait-il figure d'exception, mais il se fait on ne peut plus rare aujourd'hui. De toute façon, indépendamment de cette évolution, le travail médical exige une certaine distance personnelle, d'abord parce que le praticien n'a pas un seul patient mais plusieurs, ensuite parce qu'il occupe une profession et qu'il loue ses services en fonction d'honoraires, enfin et surtout parce que l'exercice de son art implique l'objectivité du regard.

D'ailleurs, dans toutes les sociétés, les personnes dont l'occupation principale est de soigner et de guérir sont toujours à distance des autres membres de la société, parce qu'ils disposent d'un pouvoir, parce qu'ils touchent à des choses sacrées, le plus souvent en vertu d'un don, c'est-à-dire ici d'un talent singulier et reçu. C'est pourquoi, par exemple, « le magicien a, en tant que tel, une situation socialement définie comme anormale » (Mauss, Hubert, 1993). Le médecin ne se prétend certes pas magicien mais homme de science, puisqu'il entend s'appuyer sur des preuves matérielles et qu'une efficacité purement spirituelle et symbolique lui paraît généralement douteuse. Pour autant, il est aussi un être qui touche à des choses sacrées, c'est-à-dire importantes et séparées, qu'on ne saurait traiter comme des choses ordinaires sans les profaner ; or, en ce qui concerne nos sociétés, il n'y a peut-être

rien de plus sacré que l'être individuel, et rien de plus individuel que le corps⁶. Soigner ce corps, le rétablir dans sa puissance propre, c'est donc détenir un pouvoir particulier, digne de crainte comme de respect. Pour le médecin, si ce pouvoir est constitué par des savoirs et des techniques (certifiés par le statut de « docteur »), reste qu'il agit sur un domaine particulier, où l'intuition, l'attention et le respect jouent un rôle essentiel.

Qu'il le veuille ou non, le médecin touche, par l'acte de soin, à des choses singulières, vitales, et surtout vulnérables. Qu'on songe à la pratique du chirurgien, qui « a osé pratiquer et approfondir la plaie qui sauve la vie » (Valéry, 1958). Un tel geste, pour le moins intime, puisqu'il fend et pénètre cette limite existentielle qu'est la peau, implique de maintenir une certaine distance avec cet être dont le corps est ouvert et manipulé. Cela montre bien que la distance médicale, plus ou moins forte suivant le type de médecine, tient au fait que le patient n'est pas seulement une personne avec laquelle on échange mais aussi un objet de soin. C'est peut-être là que se marque la différence la plus nette entre les deux types de relation, différence que la syntaxe indique clairement : alors qu'on donne quelque chose à *quelqu'un*, on *soigne quelqu'un*. Suivant les catégories de Tesnière, le verbe « soigner » est bivalent (il n'exige que deux acteurs : le sujet et l'objet) tandis que le verbe « donner » est trivalent : il exige de surcroît un destinataire (Tesnière, 1969). Le linguiste observe d'ailleurs que « donner » et « parler » sont les verbes trivalents fondamentaux : on donne comme on parle, en adressant quelque chose (objet matériel, service, discours, etc.) à *quelqu'un*. Si les deux actions ne sont pas substituables l'une à l'autre, elles relèvent de la même structure syntaxique et, au fond, de la même réalité, qui est spécifiquement sociale. C'est pourquoi d'ailleurs la parole du médecin compte tant. Écoutant le patient, il lui parle de la maladie, des remédiations possibles, des possibilités de rétablissement. Sauf mépris flagrant ou situations extrêmes (c'est-à-dire toutes celles où le patient est incapable de communiquer, souvent du fait même de la pathologie), le médecin s'adresse au patient comme à un autre sujet, à propos d'un objet qui le concerne particulièrement, à savoir l'état de son corps.

En fait, le patient est l'objet du traitement thérapeutique, auquel il est soumis parce qu'il est incapable d'agir entièrement par lui-même, et, en même temps, le destinataire de ce traitement. C'est qu'il lui appartient de collaborer, autant qu'il le peut et le veut, ce qui implique de se laisser toucher, de faire des tests, de prendre les médicaments, ou encore d'être alité, etc. Aussi cette distinction entre le patient objet et le patient interlocuteur, tout en désignant une tension essentielle de la relation médicale, demeure tout de même quelque peu abstraite : c'est bien l'individu qui souffre et pâtit et non son propre corps qu'il verrait de l'extérieur. Il est pris par la maladie comme le médecin ne doit pas l'être au moment de la relation. Mais il apprend aussi, par le dialogue avec le médecin, à se distancier de son état, à en faire l'objet d'un « traitement » par lequel son trouble devient un objet que l'on peut connaître et modifier. Cette mise à distance joue déjà un rôle

⁶ Tous les éléments de cette argumentation rapide, sur la sacralisation de l'individu et de son corps, se tirent de l'œuvre de Durkheim, d'abord de « Détermination du fait moral », ensuite de « L'individualisme et les intellectuels », enfin de « Le dualisme de la nature humaine » (cf. Durkheim, 1996 1987) A noter que l'essai sur la magie de Mauss et de Hubert est un travail qui s'inscrit pleinement et explicitement dans la sociologie religieuse d'inspiration durkheimienne.

⁵ Suivant la formule devenue célèbre de Benjamin Franklin. On lira avec intérêt l'analyse que Max Weber en fait, dans le cadre du développement de l'esprit du capitalisme (Weber, 2010).

thérapeutique, et c'est souvent pourquoi on va voir le médecin : pour ne plus avoir à pâtir d'un mal auquel on ne peut rien, en l'appréhendant par le regard d'un tiers qui n'en souffre pas et peut ainsi mieux l'appréhender que nous. Il y a toute une dialectique thérapeutique, entre la reconnaissance de la pathologie comme sienne et la distanciation progressive vis-à-vis de celle-ci ; en tant que patient, on a besoin d'adopter le mal pour mieux s'en écarter.

Que le patient soit à la fois l'objet du don et son destinataire implique à la fois un rapport extrinsèque, puisque le médecin envisage la pathologie à traiter et que c'est elle qui est son affaire propre, et une véritable relation sociale, puisque la personne qui la supporte doit pouvoir concourir, tant qu'elle le peut, au traitement. La relation, dès lors, peut être de dialogue comme de domination : le médecin écoute et conseille, mais il est aussi celui qui diagnostique et prescrit. Sa participation directe au traitement n'est d'ailleurs pas nécessaire ; par exemple, s'il peut faire lui-même un vaccin ou une prise de sang, il lui est loisible d'en déléguer l'exécution au personnel infirmier. C'est que son pouvoir spécifique est de jugement et donc de décision ; l'essentiel de son travail est de déterminer la nature d'un trouble (existe-t-il ? quel est son degré de gravité ? quelles causes ?) et de décider des soins à prodiguer (s'ils sont possibles, s'ils peuvent annihiler les causes ou atténuer les symptômes...). Voilà à quoi tient son art.

Et la pratique du médecin tient bien de l'art, d'un savoir-faire particulier, à la fois nourri de savoir et attentif aux particularités. En effet, si la santé est clairement comprise comme la finalité propre de l'activité médicale, sa mise en œuvre est autrement plus difficile. Elle suppose d'une part qu'on applique le général au particulier, l'abstrait au concret, d'autre part qu'on sache déterminer cette visée qu'est la santé. Or on peut aller jusqu'à considérer qu'« il n'y a pas de santé en soi, et tous les essais pour définir ce type de choses ont échoué misérablement. » Ce pourquoi il faudrait d'ailleurs que « nos médecins se débarrassent du concept de santé normale, et en outre de régime normal, de cours normal de la maladie » (Nietzsche, 2007). Ce n'est pas que l'idée même de santé soit insensée : il faut la comprendre relativement à des cas, des situations, des forces, des faiblesses, des « perspectives », comme dirait Nietzsche (1844-1900). C'est d'ailleurs ce qu'oublie facilement la normalisation de la médecine, où le traitement standard et irréflecti des pathologies remplace le jugement avisé et circonstancié de cet homme de l'art qu'est le médecin. Et s'il tient à l'autonomie de son jugement, ce n'est pas nécessairement par orgueil, parce qu'il disposerait du monopole de la connaissance de la maladie, mais surtout parce que sa propre pratique l'oblige à être capable de toujours juger à neuf, au moins pour ne pas faire des erreurs de diagnostic, face à des cas qui peuvent se ressembler mais qui ne sont jamais identiques. Cette capacité est au fond ce que le médecin a de meilleur à offrir.

La confiance accordée en retour

Tout don appelle le contre-don. Donner est obliger, c'est-à-dire pousser l'autre à recevoir mais aussi à rendre, à donner à son tour. Là est d'ailleurs l'objet premier de *l'Essai sur le don* (Mauss, 1993) : comment cet acte a priori libre et gratuit peut-il être au fond obligatoire ? Le fait de recevoir

implique en effet de rendre, sous peine de sanctions, ou du moins d'effets désagréables, le premier étant la honte de n'être pas capable de donner à son tour. Mais quel est, dans le cas qui nous intéresse, le contre-don du patient ? Il n'a pas à rendre la pareille : on ne s'attend pas à ce qu'il puisse prendre un jour en charge la santé du médecin qui l'ausculte. C'est pourquoi la relation de soin est nécessairement une relation asymétrique : le médecin doit son existence et la légitimité de son intervention à sa capacité de reconnaître des maux et de les soigner, capacité dont la personne soignée est démunie. D'un certain point de vue, le pouvoir appartient au médecin, qui sait ce que le patient ne sait pas, et qui peut *a minima* le considérer comme objet de soin, ce que le patient a bien du mal à faire lui-même. Ainsi, l'intérêt du médecin doit consister dans ce pouvoir, dûment reconnu et récompensé, puisqu'il occasionne des émoluments largement supérieurs à la moyenne de la population. Dans nos sociétés, le prestige de la profession de médecin tient certainement à cela.

L'asymétrie de la relation se remarque notamment dans le rapport au temps : la principale vertu du patient est par définition la patience, c'est-à-dire la capacité d'attendre d'un tiers qu'il agisse pour lui, sans que la réciproque soit vraie. « Faire attendre et donc s'approprier le temps d'autrui vient alors signaler comme tels les détenteurs du pouvoir ultime sur la vie. » (Pouchelle, 2003, cité par Bourgeon, 2013). Le médecin prend d'ordinaire plus de temps qu'il n'en donne. Il fait souvent attendre plus que n'importe quel autre professionnel ne saurait se le permettre. C'est qu'il agit sur des choses d'importance et qu'il doit aussi accorder de l'attention à d'autres patients, pour lesquels il faut parfois prendre un temps qui ne peut être entièrement prévisible. Comme au restaurant, où une attente réduite ne garantit pas une cuisine de qualité, le temps long peut être le signe d'un travail bien fait ; c'est ce qui fait qu'on accepte d'attendre, et de payer.

Si le médecin dispose d'un certain pouvoir, reste qu'il est sensé le mettre au service du patient, qui demande et exige, et qui est d'abord préoccupé par l'amélioration de son état. Le principal intéressé, dans la relation, n'est pas celui qui a le pouvoir. Mais c'est que le patient dispose, lui, d'une autre puissance. Laquelle ? L'asymétrie n'empêche pas la réciprocité : le patient reçoit des soins parce qu'il a certaines choses à donner. Mais quoi ? L'argent joue incontestablement un rôle : au moins permet-il de reconnaître le travail de soin, d'écouter, de prescrire, comme quelque chose qui a une valeur. Surtout, l'exercice d'un tel métier ne peut être complètement gratuit. En effet, les moyens mobilisés représentent autant de coûts, humains et matériels : il faut se rétribuer du temps passé, payer les personnels, les locaux, les machines, les produits. Mais s'agit-il seulement de rentrer dans ses frais ? N'y a-t-il pas aussi la perspective de faire quelques profits ? Il appartient au médecin de faire bon usage de son savoir-faire, conformément aux exigences de son métier, mais cet usage n'a pas nécessairement à être désintéressé et il ne peut être gratuit. Et, à vrai dire, aucun don n'est en principe sans espoir de retour, ou du moins d'effet. A ce titre, un gain d'argent supplémentaire, ou supérieur aux autres praticiens, peut être un signe voire un gage de réussite, et il paraît normal de mieux rétribuer ceux qui réussissent mieux. Voilà qui pourrait justifier, au sein de la médecine libérale comme de la médecine publique hospitalière, l'introduction de formes de concurrence, laquelle permet

aux meilleurs médecins (ou supposés tels) d'exiger des émoluments plus élevés parce qu'ils voient affluer une clientèle considérable, avertie de ses qualités, et au sein de laquelle il faut bien opérer un tri.

Pour autant, ce tri par l'argent est passablement injuste, à moins de considérer comme allant de soi que les personnes les plus riches ont plus de problèmes de santé que les autres ; mais tous les indicateurs de santé montrent l'inverse. Surtout, cette sélection contredit l'éthique du médecin : non pas tant ses valeurs morales, lesquelles peuvent varier en fonction de ses opinions, politiques et religieuses notamment, mais ce qu'exige son *ethos*, sa manière « médicale » de faire son métier, d'être au monde, de se lier aux autres. Or l'*ethos* du médecin est de soigner aussi bien qu'il le peut, et non pas autant qu'il gagne. Dans une telle perspective, l'argent vient compenser et non récompenser. Il ne s'agit pas de faire son travail gratuitement, mais de s'assurer de ne pas avoir à se soucier démesurément de ses conditions de vie. C'est pourquoi un médecin touche des honoraires ou un salaire, sources de revenu qui ne dépendent pas de la réussite directe de son action. De toute façon, on ne paie pas un médecin en fonction du degré de réussite : dans ce domaine, on ne peut être « satisfait ou remboursé ». L'intéressement aux résultats, au mérite, peut donc être une idée séduisante mais qui tend à faire oublier que, dans cette activité comme en tant d'autres, la réussite ne se mesure pas et donc s'évalue et se compare difficilement.

Quant au patient, paie-t-il pour être soigné ? S'il engage des frais, c'est qu'il attend d'un tiers, qu'il considère comme plus compétent qu'il ne l'est, une amélioration de son état. Bien sûr, il peut toujours s'attendre à « en avoir pour son argent », mais peut-on dire qu'il paie une prestation de santé en tant que telle, qu'il achète une amélioration de son état ? A y réfléchir, on en doute fortement, d'abord parce que de tels résultats demeurent relativement indépendants du temps passé et du degré de compétence du médecin, ensuite parce que le patient ne peut être considéré comme un simple consommateur, un « savant maximisateur » ; en effet, « face à la maladie et la mort, il est d'abord un être vulnérable, ébranlé par la souffrance et l'angoisse » (Batifoulier, Caillé, Chaniel, 2013). Certes, pris par la pathologie, on est amené à être plus centré sur soi que d'ordinaire, et l'égoïsme paraît tout à fait normal, mais on n'en devient pas pour autant cette « machine à calculer » qu'est pour l'essentiel l'*homo oeconomicus* (Mauss, 1993). Il faudrait pour cela pouvoir peser et évaluer les coûts et les gains ; or l'argent versé ne garantit pas par lui-même les soins prodigués, et on perd généralement dans la maladie et l'accident sa capacité à peser consciencieusement les choses et donc à évaluer précisément son profit.

Par ailleurs, l'argent ne fait pas relation. Or le patient accorde au médecin quelque chose de beaucoup plus personnel que de l'argent. Ainsi, une prise de sang est un acte peu ordinaire, et palper un genou endolori, c'est déjà rentrer dans la sphère d'intimité de l'autre. Le patient laisse faire sans toujours pouvoir comprendre ce qui se fait, sans disposer du savoir et de la compétence dont dispose le médecin. Il s'offre en quelque sorte au médecin. En fait, plus que l'argent, ce que donne le patient est la confiance : là est « le cadeau que le patient fait au médecin » (Binswanger, 1971). C'est à cette confiance et à elle seule que le soignant est redevable, et c'est elle,

essentiellement, qui conditionne la qualité des soins : elle est une sorte de paiement en avance, un crédit d'ordre moral, une croyance dans la compétence et la probité du médecin. En effet, s'ouvrir à un inconnu, l'autoriser à observer son corps, à intervenir sur son organisme, n'est pas chose spontanée ni évidente. Ce qu'indique Ludwig Binswanger (1881-1966) à propos de la psychothérapie vaut pour toute médecine :

Le médecin doit pouvoir répondre à la confiance du malade, lui apporter de son côté le cadeau d'une confiance humaine s'il veut qu'une telle intervention lui soit suggérée et réussisse ; le malade doit savoir que le médecin, en tout cas et de tout point de vue, « est animé de bonnes intentions à son égard », qu'il veut l'aider de son savoir et de son talent, non pas comme un objet que l'on répare, mais en lui portant une attention confiante, en tant que « personne ». (ibid.)

La confiance est elle-même de l'ordre du don, elle s'accorde à un tiers qui est reconnu comme fiable. Bien qu'elle puisse se perdre, et parce qu'elle peut se reprendre, elle oblige en incitant l'autre à répondre de ce don, et donc à donner en retour. Dès lors qu'elle s'expose, même de manière implicite, elle signifie qu'on peut croire en quelqu'un, en certaines de ses capacités, et, dans le même temps, elle tend à encourager ces capacités, ne serait qu'en ne les mettant pas d'emblée en défaut. Il en va comme dans tout don : la confiance oblige sans garantir et attend sans produire. Certes, la confiance accordée au médecin est un état subjectif, et à ce titre indécelable, mais qui est signifié par des actions. Se déshabiller, se laisser toucher, accepter d'avaler des médicaments ou encore de subir une opération, etc. : rien de tout cela n'est anodin. Indépendamment des actes proprement physiques, se confier à un médecin, sur ses pratiques et ses antécédents, ses troubles et ses inquiétudes, c'est lui communiquer des choses qu'on ne partage guère, y compris parfois avec ses proches. Ainsi le médecin se voit-il donner et confier une parole, qui est celle de la confiance, et un corps, dont il a temporairement la charge, dont il doit avoir le souci, même si ce n'est pas le sien.

Le médecin reçoit cette confiance comme une marque de reconnaissance de sa fonction et de sa qualité d'homme de connaissance et de soin : on se fie à lui pour des tâches à venir, pour lesquels il paraît apte et dont il sera responsable. Mais la confiance n'implique pas seulement le médecin : elle circule en quelque sorte au sein des équipes de soin, qui doivent pouvoir se concerter, s'appuyer les uns sur les autres, se connaître, se former. Cette confiance, de surcroît, est instituée et institutionnelle, notamment dans le champ hospitalier : si la société accorde des moyens aux soignants pour qu'ils fassent un travail spécialisé et nécessaire, sur lequel elle a un droit de regard, elle ne peut que laisser les soignants juger par eux-mêmes de ce qu'ils font. Ainsi l'appartenance à la communauté des soignants, instituée comme telle, participe de la croyance en la probité du médecin ; par exemple, consulter une personne qui est docteur et travaille dans un hôpital se fait généralement sans trop de méfiance. C'est que la probité semble garantie par l'appartenance à une profession, qui est dûment certifiée et garantie.

Le prestige du statut de docteur se « paie » de devoirs, d'un engagement moral, qui s'explique dans un serment, dont on comprend assez bien l'esprit sans en connaître toujours la lettre. Or, la plupart des articles du serment

d'Hippocrate tournent autour de la question de la confiance, accordée et reçue. Ainsi peut-on lire dans une version actualisée :

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. (...)

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. (...)

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

(Serment de l'Ordre des médecins de 2012)

On retrouve tout le registre de la reconnaissance dans ce serment. L'engagement personnel du médecin est une question d'estime et d'honneur : si je me fais un devoir de soigner un patient, ce n'est pas seulement parce que j'y suis contraint (par l'institution ou l'ordre auxquels j'appartiens), pas seulement parce que j'y gagne des émoluments généreux, pas seulement parce que je m'y suis engagé par serment, mais aussi et surtout parce que ce patient m'a accordé une confiance, un don, qui produit une dette, et donc un devoir. Je dois à mes patients de ne pas abuser de leur confiance, laquelle m'oblige à les soigner aussi bien qu'il m'est possible de le faire. Cette confiance donnée n'est pas tant une rétribution qu'une des conditions d'exercice de l'activité médicale. Il est en effet particulièrement difficile de prendre soin d'un individu méfiant et rétif, qui ne se laisse pas approcher, qui remet systématiquement en cause les diagnostics ou qui refuse de pratiquer les soins (par exemple de prendre les médicaments prescrits). Ainsi le médecin, par la confiance accordée, entend voir reconnue une qualité de pratique, peut-être pour des considérations d'ego et d'importance sociale, mais surtout pour pouvoir continuer à pratiquer son art, du mieux qu'il peut.

De même que l'espoir ne va pas sans crainte, la confiance ne va pas sans défiance. Il y a toujours un fond de suspicion qui demeure, et ce des deux côtés : le médecin peut s'avérer incompetent, enchaîner les consultations sans véritablement considérer aucun patient, ou avoir la tête ailleurs ; quant au patient, il peut exagérer les troubles qui l'affectent, taire certains symptômes, remettre en cause la parole du soignant (notamment s'il se comporte comme un client qui s'est avisé d'acquérir des opinions concurrentes sur les maux qui l'affectent). Il en va ici comme en toute relation sociale : la confiance accordée est un pari informé, au statut fragile, qui nécessite d'être renouvelée pour exister. Elle se gagne, se conserve, se perd, se réassure. Il est intéressant toutefois de considérer qu'un médecin qui a affaire à un patient particulièrement récalcitrant ne va pas pour autant renoncer à le prendre en charge. C'est dire que cette confiance accordée ne s'inscrit pas dans les termes d'un échange mesuré et réglé où chaque chose donnée serait conditionnée à ce qu'on attend d'en recevoir. Dans le soin, comme en tant d'autres choses, il y a d'abord le pari d'un don premier et inconditionné, qui n'est pas garanti par les réponses qu'il va recevoir.

Que donne-t-on quand on soigne ?

La relation de soin est bien une relation de don, au sens où elle oblige au moins deux partenaires l'un envers l'autre.

L'essentiel de cette relation consiste en la confiance accordée aux capacités du médecin et à son éthique. A cet égard, toutes les autres considérations figurent à titre de condition ou bien d'obstacle. Ainsi en est-il des intérêts extrinsèques qui ne doivent jamais dominer, bien qu'ils viennent rappeler que cette relation n'est pas exclusive, que personne n'a à se donner corps et âme à l'autre. Ce qui vaut en général pour les relations de don vaut tout particulièrement pour la relation médicale : si, entre les différentes motivations, tout est question de dosage, la condition est que le sens même de la relation puisse se constituer, se maintenir et se développer, conformément à sa finalité ; or il s'agit ici du soin, comme prise en charge de la santé d'autrui. Mais en quoi consiste cette prise en charge, exactement ? Qu'est-ce qui distingue la relation de soin d'autres relations sociales ? Qu'est-ce que prendre soin ?

« Prendre soin » (*take care* en anglais, *prendersi cura* en italien) n'est pas prendre à quelqu'un : il ne s'agit pas de lui retirer quelque chose sans son consentement, pour se l'approprier. C'est avant tout s'assurer d'une prise, d'une maîtrise, laquelle implique d'être soigneux, c'est-à-dire attentif à ce qu'on fait, aux gestes à produire comme au patient à guérir. Dans le cadre de l'exercice de la médecine, la prise en charge du soin est généralement effectuée par un tiers. La manière dont la personne soignée, vulnérable comme elle l'est, s'abandonne aux soins d'un autre implique pour ce dernier une responsabilité qui peut devenir une véritable préoccupation personnelle. En effet, à force de prendre en charge des malades, le soin peut devenir souci : en donnant de soi, on se risque soi-même dans son métier, auquel on se voue comme à toute tâche d'importance. C'est là qu'on voit le plus clairement à quel point la motivation est « intrinsèque » puisque on n'y risque pas seulement des ressources dont on pourrait se défaire sans se perdre, mais qu'on prend le risque de payer de sa personne.

A vrai dire, le fait même de soigner, comme celui de donner, n'est pas une prérogative médicale, d'une part parce que les médecins ne forment qu'une partie du personnel soignant, d'autre part parce que tout un chacun est capable de soigner et de se soigner. Par ailleurs, cultiver un champ, éduquer des élèves, nourrir les clients d'un restaurant, c'est aussi en prendre soin. C'est-à-dire ? Avoir la charge d'un travail qui permet de veiller au bien de quelque chose, de s'assurer de son bon développement, lequel ne peut être produit ni vendu mais seulement encouragé et stimulé. Prendre soin, c'est *a minima* conserver ou restaurer : faire en sorte que quelque chose ne se détériore pas, garde ses capacités propres, se développe comme il se doit. Ainsi toutes ces activités visent généralement à refaire, rétablir, réparer, reconstruire, plus qu'à faire et produire. Un enseignant, par exemple, peut avoir un rôle qu'on pourrait qualifier de « thérapeutique », quand il aide un élève à se corriger, à surmonter des obstacles pédagogiques, à se réassurer dans ses capacités d'apprentissage ; pour autant, l'essentiel de son rôle est de faire en sorte que l'enfant s'élève, apprenne et ainsi acquiert des connaissances et des capacités dont il ne pouvait bénéficier jusqu'alors. Par exemple, il y a toute une différence entre l'éducation physique et sportive et les soins prodigués par le kinésithérapeute : à l'un la culture du corps, à l'autre son rétablissement. L'acte thérapeutique proprement dit consiste essentiellement dans la

restauration d'une personne, qui est fragilisée dans sa vie propre, alors que l'acte éducatif consiste à former, à participer à un développement. Les deux actes se rencontrent souvent et sont parfaitement complémentaires, puisqu'un corps en mauvais état ne peut se développer, et qu'un esprit souffrant et préoccupé aura plus de mal à se cultiver, mais cette distinction fondamentale demeure.

Ainsi se détache la fonction propre des soins médicaux, qui est de rétablir la personne en son être, en son corps le plus souvent, et lui faire ainsi retrouver un état considéré comme normal. Le soignant s'occupe essentiellement de ce qui peut être fait à l'avenir pour parvenir à cette fin : faire revenir le corps à un état qui fut ou qui aurait dû être. On peut le considérer comme essentiellement conservateur dans son rapport au corps : il convient de ramener celui-ci à un état stable, maintenu par une vie bien réglée, à l'écart des excès de toutes sortes. La difficulté, toutefois, est que la santé n'est pas l'absence de vie, et que la vie est toujours en évolution. Être en bonne santé ne serait pas seulement garder quelque chose, mais se donner les moyens de se développer, de s'améliorer. Ainsi, « garder la forme » est conserver une vitalité, un dynamisme, qui permet d'envisager l'amélioration de ses capacités. Pour autant, si la santé doit bien se penser en termes de potentialités et de puissances, le principe de l'activité médicale n'est pas de maximiser l'usage du corps ou de l'esprit. C'est pourquoi parler de « capital santé », sachant qu'un capital est une ressource que l'on s'attache à accumuler et augmenter, n'a guère de sens.

Penser la santé uniquement en termes utilitaristes, comme un moyen de maximiser autre chose, est une erreur. Une bonne santé, comme un bon caractère, participe à l'épanouissement humain. S'il est meilleur, au moins dans une certaine mesure, d'avoir plus de santé que trop peu, la santé n'est pas un bien qui peut être maximisé. Personne n'aspire à être un virtuose de la santé (sauf peut-être un hypocondriaque). (Sandel, 2007)

La santé est donc l'état d'un être qui conserve sa propre dynamique ; par exemple soigner une personne grabataire n'est pas lui rendre sa jeunesse mais lui permettre de ne pas perdre complètement le fil, parfois ténu, qui la relie en son corps au monde et aux autres. Le don de soin agit le plus souvent pour rétablir ou réassurer une puissance de vivre, et lui offrir la possibilité de nouveaux développements, qui, eux, ne sont plus de l'ordre de la médecine. Ainsi, si la santé est une puissance, elle consiste en la capacité du corps à endurer maladies et accidents, à les supporter sans se perdre.

La santé c'est une marge de tolérance des infidélités du milieu. (...) Certes, ce milieu que la science définit est fait de lois, mais ces lois ce sont des abstractions théoriques. Le vivant ne vit pas parmi des lois, mais parmi des êtres et des événements qui diversifient ces lois. (...) Parce que le vivant qualifié vit parmi un monde d'objets qualifiés, il vit parmi un monde d'accidents possibles. Rien n'est par hasard, mais tout arrive sous forme d'événements. Voilà en quoi le milieu est infidèle. Son infidélité c'est proprement son devenir, son histoire. (Canguilhem, 1992)

Ainsi, à suivre Georges Canguilhem (1904-1995), pour le soignant, guérir revient à restaurer la capacité de la personne, en son corps, à supporter un milieu donné, en le rendant capable d'avoir une activité régulière, de se confronter à différents risques suffisamment réparables. Contre l'imaginaire mécaniste, un corps est une totalité

dynamique dont il faut prendre soin, et non une machine que l'on entretient et répare. Il ne suffit pas d'en réajuster les rouages, d'en changer les pièces, de le « reprogrammer », il faut tenir compte de sa globalité, de son histoire, de ses capacités propres. Là encore, on retrouve l'idée que l'activité médicale s'exerce dans un domaine de diversité et d'incertitude. Ainsi, non seulement la médecine est un art, et le demeurera toujours, mais c'est un art qui agit par des hommes, avec des hommes et sur des hommes. La science et la technique permettent à cet art de se consolider, mais, si elles dominent exclusivement, elles peuvent aussi rigidifier des pratiques et en appauvrir considérablement le sens comme l'efficacité. C'est que, comme le rappelle Hans Jonas (1903 – 1993), la médecine n'est pas une science mais un « art de la guérison » et que « la guérison n'est pas la fabrication d'une chose, mais le rétablissement d'un état, et l'état lui-même n'est pas artificiel, bien qu'un art lui soit consacré, mais l'état naturel ou un état aussi proche de lui que possible » (Jonas, 2012).

Ainsi, soigner consiste à rétablir, à « remettre sur pied », à rendre la santé à celui qui l'a perdue. Tout soignant s'efforce de redonner la possibilité de vivre, et peut-être même de vivre bien et c'est pourquoi « le don de soin est aussi et surtout don de vie » (Chaniel, 2010). « Elle est là, ce que l'on pourrait nommer la délicate essence de la relation de soin », poursuit Philippe Chaniel (1967 –). Cette relation s'appuie sur la confiance accordée au médecin et vise à restaurer une confiance en soi, en sa propre capacité à se lier au monde, à ne pas se laisser dominer entièrement par lui. C'est que le monde environnant, pour reprendre l'expression de Canguilhem, a une tendance marquée à l'infidélité. Cela ne tient pas seulement au monde, mais au corps qui peut ne plus supporter plus des variations et des contingences qui, pour d'autres, paraissent normales. Souvent le patient se sent trompé par propre organisme, qui semble devenu incapable d'endurer ce qu'il supportait jusqu'alors. Ainsi l'acte de soin ne relie pas seulement le soignant et le soigné, le médecin et son patient. Il vise à renouer un lien viable entre le patient et son propre corps, que la pathologie a défait : si le malade sent son corps comme jamais, il ne peut le faire sien. Il s'y sent vulnérable, mal à l'aise, à un point tel qu'il lui est impossible de régler cette vulnérabilité sans faire appel à un tiers.

Ainsi, la confiance accordée au médecin est une réponse à la manière dont le patient se défie de son propre corps et à sa capacité à supporter les aléas. Le regard de ce tiers, en l'occurrence du soignant, est plus objectif, et il ne peut que l'être, puisque son jugement n'est pas désorienté par la souffrance. Là où siège la limite de ce regard, qui porte de manière extérieure sur le corps, siège aussi sa force, qui est de ne pas être confondu par la maladie. Le médecin reprend le corps dans l'ordre des significations scientifiques et techniques pour le rendre à sa vie propre et au monde vécu. Il redonne à l'expérience de la vie sa fiabilité, ce qui passe d'un côté par le traitement objectif du corps, de l'autre par le dialogue avec la personne. Une fois que le médecin a pris acte du divorce entre les deux, consommé par la pathologie, il doit faire œuvre de remédiation, en encourageant la reprise d'une relation dynamique entre une personne et son corps, et entre ce corps et son milieu. Cette idée de médiation est centrale dans l'exercice de la médecine, et l'étymologie du terme le montre clairement. Comme le rappelle Alain Caillé

(2008) à la suite de Benveniste, la racine indo-européenne *med-* peut signifier à la fois le soin, le gouvernement, la mesure, le jugement. C'est justement par son pouvoir de jugement que le médecin décide et soigne, c'est-à-dire « ramène de l'ordre dans une perturbation » (Benveniste, 1969).

Une médecine qui ignore ce travail de relation est sans efficace : le docte qui ne fait que parler ou le chirurgien qui ne s'occupe que de réparations localisées n'œuvrent que de manière partielle et insuffisante au don de soin. S'ils peuvent toutefois réussir, c'est qu'ils délèguent à d'autres (infirmiers, aides-soignants, ou encore famille) la charge des soins accordés à la personne. Ce en quoi il ne faut pas oublier que ces autres métiers sont eux aussi de l'ordre de la médecine, et qu'ils s'engagent dans le rétablissement au même titre que le médecin. On comprend en tout cas que la relation de soin ne peut se réduire à n'être qu'un rapport contractuel entre un prestataire et un client, non seulement parce que les motivations essentielles ne peuvent être marchandes, mais aussi parce que c'est tout un monde social qui joue au sein de cette relation. On l'oublie parfois : ce corps vit au sein d'un monde qui est socialisé, fait de relations et de reconnaissances, de dons échangés. Comme le montre Binswanger, en s'appuyant sur une distinction issue d'Héraclite, le médecin doit permettre à l'être souffrant de transformer son *idios cosmos*, monde privé et centré sur le corps souffrant, en *koinos cosmos*, monde commun au sein duquel le dialogue entre les êtres est restauré (Binswanger, 1971).

L'incurie du système de soin ?

On comprend, à la lumière de cette analyse en clef de don, à quel point le simple fait de soigner engage toutes les dimensions de l'existence humaine, et toute sa relation au monde. C'est précisément ce qui est aujourd'hui mis en danger. A cet égard, si la crise du covid-19 agit comme un révélateur, elle fait suite à des années de luttes des personnels hospitaliers qui entendent rappeler que l'accès public aux soins implique des moyens conséquents ainsi qu'une vraie considération pour leurs métiers. La crise de 2020 rend encore plus saillante une vieille vérité : la qualité des soins dépend des personnes, de leur capacité à donner sans se sacrifier, et ce indépendamment de toute motivation extrinsèque. Comme c'est le cas partout ailleurs, mais ici de manière encore plus dramatique, le bon fonctionnement des organisations dépend étroitement de la capacité des personnes à exercer leur puissance, à donner sens à leur métier. Exploiter cette énergie, qui paraît gratuite et inépuisable, tend à en rendre plus difficile la mobilisation, et souvent à la corrompre. Le don de soi, pour s'épanouir, n'a besoin ni de contraintes ni de récompenses : il entend d'abord s'exercer librement, conformément à l'éthique propre de l'activité qui l'anime. Hélas, les récentes réformes du système de santé manifestent une méfiance pathologique envers le don, si difficile à contrôler, à comptabiliser et à gérer. Au fondement de cette méfiance, qui tourne parfois au mépris pur et simple, se trouve la crainte de l'informe qui, selon Eugène Enriquez (1931 -), affecte toutes les organisations :

Tout ce qui relève du spontané, du non-prévu, de l'émergence des passions, du mouvement social est donc ressenti comme « trouble » empêchant le travail bien fait, l'allocation des responsabilités, la distribution du pouvoir. L'organisation aura donc tendance à préciser les structures,

les rôles et les fonctions, les lignes de communication pour « stabiliser » les comportements et les rendre ainsi prévisibles et maîtrisables. [...] Pour se protéger de l'informe, elle aura tendance à se protéger de la vie, elle préférera instaurer la bureaucratiation des conduites, sinon même la ritualisation de celles-ci. (Enriquez, 1997)

Tout particulièrement, les gestionnaires craignent qu'on puisse dépenser en pure perte, abuser des ressources publiques. Si une telle inquiétude n'est pas entièrement illégitime, elle a atteint un tel degré d'obsession qu'elle en vient à contrevenir au principe du soin. C'est qu'on part de l'idée qu'on donne à des individus des moyens dont ils peuvent abuser et qu'ils peuvent gaspiller, parce qu'ils n'auraient en vue que leur propre intérêt. Lequel ? Détourner ces moyens à leur avantage, profiter d'effets d'aubaine, ou, surtout, diminuer leur part d'effort. Cette conception se mêle à un imaginaire qui ne s'embarrasse ni de prudence ni de finesse : qu'on songe au médecin hautain, à l'infirmière revêche, à l'agent d'accueil impotent (tout comme on se représente des enseignants perpétuellement en vacances ou des policiers qui prennent l'apéritif à toute heure). On prend les individus comme autant de passagers clandestins, de *freeriders*, dont les comportements n'ont nullement en vue l'intérêt commun. Les soignants peuvent se comporter ainsi, comme tout le monde. Mais le font-ils systématiquement ? Ce serait le cas si l'homme, quoi qu'il fasse, n'était qu'une machine à calculer son profit. Mais, dans les activités essentielles, qui sont celles auxquelles on peut vouer son existence, cette conception n'a au fond guère de sens :

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 (...) au profit de sa dimension strictement instrumentale. (Chaniel, 2010)

Il y a incurie quand on se retrouve dans l'incapacité de soigner, quand on voit, impuissant, les choses aller de mal en pis. On comprend, ce faisant, le désarroi et la révolte de ces travailleurs du soin qui participent à un système où ils ont parfois l'impression non de soigner mais de gérer les choses, non pas de faire du bien mais de concourir à une maltraitance institutionnalisée. Au sein du manque de reconnaissance professionnelle qui est légitimement ressenti, figure au premier plan le fait de ne pas pouvoir prendre soin des patients comme il le faudrait. C'est là où la marchandisation des soins blesse : elle est parfaitement contraire au sens même d'une activité qui ne peut sans dégâts être soumise à des exigences de rentabilité à tout prix. On comprend que chez beaucoup de praticiens, la vocation fasse place au dégoût, et au désir de se protéger, de prendre ses distances. Ainsi, le prix à payer d'une telle conception de la médecine est d'abord l'incapacité de s'adonner à son métier, à son art, qui consiste d'abord à redonner vie. Que ce soit à un niveau individuel ou politique, oublier cela c'est trahir l'esprit de la médecine.

RÉFÉRENCES

Batifoulier, P., Caillé, A., Chaniel, P. (2013). Présentation. Revue du MAUSS n° 41, 5-21. Paris : La Découverte.

- Beauvallet, M. (2009). *Les stratégies absurdes*. Paris : Editions du Seuil.
- Benveniste, E. (1969). *Le vocabulaire des institutions indo-européennes 2. Pouvoir, droit, religion*. Paris : Editions de Minuit.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle [1955]*. Paris : Editions de Minuit.
- Bourgeon, D. (2013). Dons de temps, dons de vie : les enjeux du pouvoir à l'hôpital. *Revue du MAUSS n° 41*, 135-148. Paris : La Découverte.
- Caillé, A., (1994). *Don, intérêt et désintéressement*, Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres. Paris : La Découverte/MAUSS.
- Caillé, A. (2008). Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine. In Chaniel, P. (dir.) : *La société vue du don*. 436-442. Paris : La Découverte.
- Caillé, A. (2019). *Extensions du domaine du don. Demander-donner-recevoir-rendre*. Arles : Actes Sud.
- Canguilhem, G. (1988). *Le normal et le pathologique [1966]*. Paris : PUF. Coll. Quadrige.
- Chaniel, P., (2010). « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'ineffable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS n° 35*. 135-150. Paris : La Découverte.
- Docteurs Blouses (2013). *L'hôpital malade de l'« efficacité »*. *Revue du MAUSS n° 41*, 47-69. Paris : La Découverte.
- Durkheim, E. (1987). *La science sociale et l'action*. Paris : PUF. Coll. « Le sociologue »
- Durkheim, E. (1996). *Sociologie et philosophie*. Paris : PUF. Coll. Quadrige.
- Enriquez, E. (1997). *Les jeux du pouvoir et du désir dans l'entreprise*. Paris : Desclée de Brouwer
- Jonas, H. (2012). *L'art médical et la responsabilité humaine [1985]*. Paris : Editions du Cerf.
- Mauss, M., Hubert, H. (1993). « Esquisse d'une théorie générale de la magie » [1903]. In *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF. Coll. Quadrige.
- Mauss, M. (1993). « Essai sur le don » [1924]. In *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF. Coll. Quadrige.
- Montesquieu, (1961). *De l'esprit des lois, Tome II [1748]*. Paris : Editions Garnier.
- Nietzsche, F. (2007). *Le gai savoir [1882-1888]*. Paris : Flammarion. Coll. GF.
- Pouchelle, M.-C. (2003). *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Sandel, M. (2016). *Contre la perfection [2007]*. Paris : Vrin.
- Smith, A. (1999). *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations [1776]*. Paris : Flammarion. Coll. GF.
- Tesnière, L. (1969). *Eléments de linguistique structurale*. Paris : Editions Klincksieck.
- Valéry, P. (1957). *Discours aux chirurgiens [1938]*. Œuvres I. Paris : Gallimard. « Bibliothèque de la Pléiade ».
- Weber, M. (2010). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme [1920]*. Paris : Pocket/Plon. collection Agora.