

# International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



## Prendre soin : liens sociaux et médiations institutionnelles

Frédéric Lesemann et Claude Martin

Numéro 28 (68), automne 1992

Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1033799ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033799ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lesemann, F. & Martin, C. (1992). Prendre soin : liens sociaux et médiations institutionnelles. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (28), 7–11.

<https://doi.org/10.7202/1033799ar>

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1992

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

**é**rudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>


# Présentation

## Prendre soin : liens sociaux et médiations institutionnelles

En consacrant ce numéro au thème du soin, à la relation sociale qui préside à l'acte de soin, aux pratiques institutionnelles qui relaient l'acte de soin ou y suppléent, nous avons cherché à prolonger la réflexion que la Revue a entreprise depuis quelques années à l'occasion des numéros consacrés à des thèmes comme « vieillir et mourir », « les médecines douces », « le sacré » et « l'affectif », réflexion axée sur la prise en compte de l'individu sujet et acteur dans l'analyse du « social », des pratiques sociales et de leur inscription dans une variété de registres institutionnels.

La relation de soin apparaît au carrefour d'une série de débats à dimension culturelle, sociale, politique et économique, relatifs aux rôles et aux liens sociaux, aux solidarités de base dans leurs rapports aux systèmes publics de soutien des responsabilités parentales ou de prise en charge de la grande dépendance et de l'isolement social.


Le soin met en jeu, en effet, les relations affectives inscrites tant dans l'élan de l'amour désintéressé que dans les relations d'obligation qui marquent les liens et les échanges familiaux. Il interroge en ce sens la nature de ces liens, le fondement d'une réciprocité caractérisée par « l'enchaînement des prestations et contre-prestations et la réversibilité des positions de donateur et de donataire », à partir d'une dette qui renvoie originellement au don même de la vie à la naissance (Mermet, 1989 : 143-144). Mais la relation de soin est aussi radicalement « genrée » (*gendered*) comme le signalent inlassablement les analyses féministes anglo-saxonnes ; elle est culturellement enracinée dans des rapports de sexe dont l'inégalité flagrante est inacceptable en regard de la conception libérale des droits individuels. Sur l'exercice du soin pèse le poids des statuts prescrits : celles qui « prennent soin » sont des femmes, qu'il s'agisse de la petite enfance, des malades, des handicapés ou des personnes âgées dépendantes. Elles mènent une véritable « carrière de soin », prenant souvent en charge des parents âgés, à peine achevées les années d'élevage des enfants, sans oublier qu'elles semblent démographiquement « destinées » à s'occuper ensuite de leur conjoint vieillissant, à qui elles survivront. Dans de nombreux cas, elles devront mener cette « carrière de soin » parallèlement à leur travail salarié et à leur travail domestique régulier.



L'exercice du soin s'inscrit également dans un espace, celui du domicile, aussi longtemps du moins que les ressources familiales et l'état physique et psychique du parent aidé le permettent. Cet espace est fortement connoté d'affectivité : c'est là que l'individu a généralement tissé les liens sociaux identitaires qui définissent son rapport au monde et à la vie. C'est pour lui l'espace de l'intimité, du repos, du retrait, de la protection, mais aussi du respect, du ressourcement. Il s'y donne et s'y reprend, corps et âme confondus, à la différence de ce qui adviendra lorsqu'il devra être hospitalisé ou institutionnalisé, c'est-à-dire déplacé dans un espace de gestion des corps, principalement. À domicile, *care* et *cure* se confondent, et, si le soin médical y pénètre, il sera intégré dans une dynamique de soutien affectif. En institution, cet équilibre est rompu au profit du *cure*, raison d'être des établissements de soins.

Cette référence à la production de soins au domicile est l'occasion de reconnaître le véritable travail réalisé dans cet espace privé, comme le soulignent ici même Corbin et Guberman et Maheu. La production domestique de soins est à ce titre une réalité aussi importante, à l'échelle de la société, que la production économique de biens et de services. Sa prise en considération est largement reliée au déficit des interventions institutionnelles, qui, par leur défaut même, la font justement apparaître dans toute son ampleur sociale et économique. Dispensés sur un mode et sur un terrain privés, les actes individuels de soin prennent dans cette perspective une véritable signification sociétale, en ce qu'ils mettent en évidence que les indicateurs économiques traditionnels ne saisissent qu'une partie de la réalité des échanges et de la production des richesses et que, corollairement, sans ces pratiques quotidiennes de l'« ombre » (qui leur permettent justement de performer), nos systèmes institutionnels de soins seraient depuis bien longtemps en situation de faillite économique et financière généralisée.

C'est d'ailleurs en rapport avec l'évolution des politiques sociales des États providences qu'il faut ultimement situer la réflexion contemporaine sur le soin. Dans les conditions financières très difficiles des systèmes nationaux de protection sociale, on en appelle de façon de plus en plus fréquente et insistante aux contributions que les ressources primaires — familles, entourage, voisins, communautés qui toutes constituent une sorte de « protection rapprochée » — peuvent ou pourraient fournir. L'intérêt pour le soin en ce qu'il exprime la quintessence des solidarités familiales trouve ici sa source, du moins dans la logique des politiques sociales. Ces solidarités ne pourraient-elles pas constituer des « ressources » additionnelles ou substitutives dans l'effort public de satisfaction des besoins de soin, de garde, de réhabilitation, voire d'insertion ? Dans cette perspective, tous les pays industrialisés ont soutenu depuis quelques années des initiatives publiques qui tendent à redéfinir les responsabilités familiales dans les processus de prise en charge, aussi bien que les rapports entre




les ressources que constituent les services institutionnels traditionnels et celles, plus légères, qui sont fournies par des réseaux d'entraide, des associations ou des groupes communautaires et sont de plus en plus directement sollicitées par les premières. On invite au partenariat, au partage de responsabilités, mais aussi à développer le maintien à domicile et à favoriser la désinstitutionnalisation.

Dans cette perspective, on en appelle toujours davantage, dans les pays de tradition anglo-saxonne, au « soutien social ». Ainsi, en Grande-Bretagne, par exemple, on s'est orienté depuis plus de trente ans vers des formes peu institutionnalisées de services auprès des populations dépendantes ; on a favorisé, au nom du *Community Care*, une réorientation des services vers le niveau local et les communautés, où prévalent en principe des rapports d'entraide et de solidarité. Mais cette orientation s'est précisée au cours des années quatre-vingt, dans un contexte politique conservateur, en direction des familles. Clairement, les soins dispensés *dans* les communautés sont devenus des soins dispensés *par* la communauté, c'est-à-dire essentiellement par les ressources familiales et informelles (Walker, 1982 ; Lewis et Meredith, 1988 ; Finch, 1990), parmi lesquelles, au premier chef, des femmes : mères, épouses, filles ou bénévoles. La famille s'est ainsi vue directement inscrite dans l'exercice d'une responsabilité publique : prendre le relais d'une protection publique défaillante.

Est-ce à dire pour autant que le fait familial risque de s'épuiser dans la prescription étatique d'entraide et de soin ? Certes non. L'indéniable retrait de l'État du domaine des soins a permis la redécouverte, par les sociologues, les anthropologues, les historiens et même certains économistes, de la vitalité des relations familiales et des normes puissantes de solidarité qui les caractérisent souvent. La « vie de famille » existe bel et bien, avec ses règles d'échanges symboliques et matériels, ses habitudes, ses pratiques domestiques où se tissent les relations affectives. La relation de soin prend racine à ce niveau, dans les habitudes et les routines, les rythmes et les espaces, dans les mémoires construites entre partenaires et entre générations qui donnent sens à la relation de soin exercée aujourd'hui.


C'est sur cette dynamique riche de significations que s'ouvre ce numéro. La première section illustre le double caractère de spontanéité affective et d'obligation des relations familiales que revêt l'acte de soin. Lorsqu'il s'agit de prendre soin de petits enfants ou d'enfants malades, les grands-parents ou les mères exemptées de leur travail salarié pour l'occasion découvrent ou se réapproprient une expérience affective fondamentale.



S'agit-il de prendre soin de membres familiaux dépendants ou de parents âgés, le rapport d'obligation l'emporte, exprimant tout le poids des statuts prescrits. Pourtant, la liberté de l'acteur semble pouvoir être constamment reconquise, le cours des événements contrôlé, car s'il est vrai que la plupart des personnes qui prennent soin de leur proche ne choisissent pas leur condition, elles ne sont pas pour autant des victimes du destin. Grâce au soutien de professionnels compétents, comme le montre Corbin, elles peuvent influencer l'orientation du processus de soins, qui demeure caractérisé par une démarche interactive d'organisation de la vie quotidienne, impliquant la personne qui aide et celle qui est aidée.

La seconde section examine les rapports entre soins profanes, dispensés par la famille ou les ressources informelles, et soins professionnels. Voilà deux registres d'aide difficiles à articuler. Car s'ils ont bien chacun leur logique et leur cohérence propres, leur interface par contre produit un brouillard qui rend très aléatoire le travail de définition et de repérage, tant la singularité des situations, des dynamiques sociales et affectives qui les produisent, fait éclater toute tentative de systématisation. Qu'il s'agisse en effet des distinctions entre *care* et *cure*, aide et soins, soins profanes et soins professionnels, domicile et institution, privé et public, qui toutes contribuent à structurer le champ du soin, un fait s'impose : les frontières sont dans tous les cas extrêmement floues et mouvantes dès qu'on tente de les repérer empiriquement. Les pratiques professionnelles et les logiques institutionnelles dans lesquelles elles s'insèrent se comportent de façon paradoxale : elles s'attribuent le versant « dur » de l'acte de soin, versant technique, spécialisé, le plus souvent isolé de son contexte relationnel, dévalorisant par là les pratiques profanes qui assurent le « reste » de l'acte de soin, dont elles ont pourtant besoin pour assurer leur efficacité.

La troisième section prolonge cette réflexion sur le rôle des institutions. À travers des situations très diverses, on examine les processus institutionnels de construction et d'orientation de la relation de soin. Qu'il s'agisse de thérapie familiale, de protocole de soins en milieu hospitalier, de la prise de décision en situation de fin de vie en institution, de relations parfois abusives entre le personnel et les clientèles âgées en milieu institutionnel ou encore de l'impact d'une législation sur le travail d'employées de maison insérées dans une relation de soins intense auprès de jeunes enfants, on voit à l'œuvre des logiques institutionnelles qui tantôt facilitent le processus de soins, tantôt le pervertissent brutalement.



Ce numéro devrait permettre de débattre des enjeux sociaux et politiques des notions d'interdépendance, de réciprocité, d'échange et d'obligation qui sont condensées dans l'acte de soin, saisi dans une tension avec les logiques professionnelles et institutionnelles qui le médiatisent. Ce débat sur le « soin » se déroule sur un fond de scène de retrait progressif de l'État providence de ce champ, retrait qui justement explique pour une bonne part le renouveau d'intérêt pour les réalités multiformes du lien social.

Frédéric Lesemann et Claude Martin



### **Bibliographie**

- FINCH, J. 1990. « The Politics of Community Care in Britain », dans C. UNGERSON. *Gender and Caring. Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. Londres, Harvester Wheatsheaf.
- LEWIS, J., et B. MEREDITH. 1988. *Daughters Who Care*. Londres, Gilford Press.
- MERMET, J.-C. 1989. « Lien de famille : la réciprocité en défaut », *Revue du MAUSS*, 12 : 137-146.
- WALKER, A. 1982. *Community Care: The Family, the State and Social Policy*. Oxford, Blackwell.