

Enjeux sociaux et structures de soins : raison et déraison sociales des institutions sanitaires

Claire Boileau et Fred Eboko



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/535>
ISSN : 1298-0390

Éditeur

UMR 912 SE4S

Référence électronique

Claire Boileau et Fred Eboko, « Enjeux sociaux et structures de soins : raison et déraison sociales des institutions sanitaires », *Face à face* [En ligne], 2 | 2000, mis en ligne le 01 juin 2000, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/535>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

Tous droits réservés

Enjeux sociaux et structures de soins : raison et déraison sociales des institutions sanitaires

Claire Boileau et Fred Eboko

- 1 Si les structures de soins, pour des raisons à la fois historiques et structurelles oscillent entre la charité et la violence (Pouchelle, 1998 ; Lebeer, 1995), elles n'en demeurent pas moins des lieux où s'élaborent, à travers l'accueil, le traitement et la prise en charge de personnes souffrantes ou dépendantes (en tous cas nécessiteuses), des enjeux à la fois scientifiques, socio-politiques, économiques, et éthiques. Que le bénéficiaire de ces structures soit appelé patient, client, malade, usager, résident ou pensionnaire, que sa présence au sein de l'institution soit brève ou prolongée, qu'il vienne prévenir, maintenir ou restaurer sa santé, il demeure le pivot autour duquel se mettent en place des stratégies. Celles-ci débordent largement le cadre du soin (care) ou du traitement médical (cure) proprement dit.
- 2 Pour les sciences sociales, ces lieux représentent un observatoire intéressant dans la mesure où ils révèlent les tensions entre des partenaires aux intérêts divergents, dans la mesure aussi où apparaissent des tentatives sans cesse renouvelées de normalisations sociales.
- 3 Bien qu'il ne soit pas le seul espace qui nous intéresse ici, l'hôpital représente un symbole des enjeux qui gravitent autour des structures de soins. L'histoire de « la clinique » porte déjà l'empreinte des prémisses des questions actuelles. L'idée de l'hôpital naît au XVIII^e siècle, autour de 1760 et suit de près une volonté de contrôle social qui prend la forme d'une médicalisation (Foucault, 1988a ; 1988b). Il s'agit dès le départ de contrôler la propagation des maladies imputées à la pauvreté.
- 4 « Jusqu'au XVIII^e siècle, le personnage idéal de l'hôpital n'était donc pas le malade, celui qu'il fallait soigner, mais le pauvre, qui était déjà moribond. Il s'agit d'une personne qui nécessite une assistance matérielle et spirituelle, qui a besoin de recevoir les ultimes

secours et les derniers sacrements. C'était la fonction essentielle de l'hôpital. » (Foucault, 1988b : 32).

- 5 L'hôpital affirme donc la volonté des pouvoirs politiques et biomédicaux de juguler le « désordre ». De la sorte, il s'inscrit dans un processus de médicalisation, entendue ici comme une volonté disciplinaire. La « discipline » et l'hôpital sont ainsi liés par une relation essentielle. Cette « discipline » hospitalière représente « le pouvoir de l'individualisation dont l'instrument fondamental réside dans l'examen. L'examen, c'est la surveillance permanente, classificatrice, qui permet de répartir les individus, de les juger de les évaluer, de les localiser et, ainsi, de les utiliser au maximum. » (Foucault, 1988b : 37).
- 6 S'il n'est pas possible de réduire les structures de soins en général et l'hôpital en particulier, au projet de domination lié à sa genèse en Europe, il n'en demeure pas moins que ces institutions restent marquées par des tensions qui révèlent des jeux et des enjeux de pouvoir. Le bras séculier de ce contrôle social, le relais de cette régulation sociale, s'incarne peu ou prou dans la corporation médicale. Ses compétences scientifiques et les progrès constants dont elle est la figure de proue et la bénéficiaire en termes de légitimité, placent cette corporation au centre de plusieurs flux tendus.
- 7 A l'intérieur des structures de soins, les changements des autres professions hospitalières et l'évolution du statut des patients, notamment en Occident, vers celui de client et de consommateur, finissent par ériger les institutions sanitaires au cœur d'enjeux qui relèvent de l'état et du devenir des démocraties contemporaines. L'hôpital et ses satellites sont soumis à l'épreuve de contre-pouvoirs qui visent à atténuer, à nuancer, voire à briser le monopole de la régulation que M. Foucault, une fois de plus, appelait dans Naissance de la clinique, la « spatialisation tertiaire » : cet espace moral qui « engage un système d'options où il y va de la manière dont un groupe pour se maintenir et se protéger, pratique les exclusions, établit les formes de l'assistance, réagit à la peur de la mort, refoule ou soulage la misère, intervient dans les maladies ou les laisse à leurs cours naturel » (Foucault, 1983 : 15).
- 8 Longtemps clos sur eux-mêmes, ne laissant filtrer que la partie organisationnelle de leur fonctionnement, ces lieux ne sont plus empreints de la même étrangeté qu'autrefois, au point que surgissent çà et là, sous la forme de monographies de terrain, des investigations impensables il y a encore quelques années. En d'autres termes, l'hôpital se laisse ausculter, se laisse observer non sans peine, pour le bien de la connaissance et la mise en lumière des savoirs et des pratiques qui lui valent cette ambivalence qui est aussi son essence.
- 9 C'est dans cette optique qu'ont été rassemblées les contributions de ce numéro. Il s'ouvre fort logiquement sur la présentation d'un faisceau d'ambivalences socio-historiques des structures hospitalières. Didier Fassin trace d'emblée un parallèle entre « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières » qui fondent l'historicité de l'hôpital. Dans une logique inverse, Gregory Rowe clôt ce thème par une analyse des résistances que rencontrent une proposition non-médicale de formation des personnels hospitaliers. Il montre non seulement la nécessité d'apporter à ces personnels des connaissances sociales et psychologiques supplémentaires, pour un meilleur suivi des patients atteints de « maladies au long cours ». Par la même occasion, est mise en évidence une frontière différentielle entre les paramédicaux et les médecins. Les premiers acceptent ce regard réflexif avec un intérêt qui est loin d'être partagé par les seconds. Il y va encore et toujours de la question du pouvoir dans une structure de soin où le corps médical se

positionne comme le dépositaire et le garant d'une légitimité que leur confèrent les sociétés humaines.

- 10 Dans cette optique, Mariquita Panizza dresse un portrait historique des structures de soins aux Etats-Unis depuis le XVIII^e siècle. Du regard « extérieur » porté par les sciences humaines et qui s'exerce à l'intérieur de ces structures, naissent donc des travaux qui en déconstruisent le fonctionnement. Ainsi, l'étude de Hélène Hoarau dans un service de soins particulièrement lourds, oblige à penser les rapports médecine/sciences humaines non plus de façon insulaire, voire concurrente, en tous les cas disjointe, mais au contraire sous la forme d'une collaboration pertinente et enrichissante. Pour des disciplines a fortiori étrangères les unes aux autres, c'est un défi qui peut être ardu mais pas irréalisable. A condition, comme le souligne l'auteur, que « l'utile supplante l'étrange ».
- 11 Lorsque l'étranger n'est plus le chercheur, mais le consultant d'une médecine pour migrants, Chantal Crenn montre qu'au-delà de la prise en compte de la diversité culturelle et de ses manifestations symptomatiques, c'est la question de l'ethnicité et de ses critères qui émergent. Soit l'origine de la population est purement et simplement occultée, soit elle apparaît comme surdéterminante, soit encore elle sert d'explication aux échecs de l'aide sociale et/ou de la bio-médecine. Elle montre ainsi comment la particularité, la singularité ou encore l'identité de « l'autre » ne peut se réduire à sa seule appartenance ethnique, mais sert à catégoriser et à hiérarchiser les différenciations sociales frayant ainsi la voie des inégalités sociales en matière de soin. Les bénéficiaires des soins mis en place à leur intention peuvent ainsi se trouver exclus du projet qui précisément se trouve officiellement mis en place pour leur venir en aide. Là encore c'est une ambiguïté qui est mise en lumière par C. Crenn pour qui la « culture » sert simultanément d'alibi et de volonté thérapeutique. La maternité n'échappe pas à ce regard socio-anthropologique. Béatrice Jacques dépeint « L'expérience de la maternité sous influence médicale », comme une opération hégémonique de la biomédecine. Celle-ci vise à contraindre les corps et les esprits des parturientes à se soumettre aux évolutions techniques de l'obstétrique au nom d'une trilogie qui marque aussi le champ de la responsabilité et du pouvoir de la médecine moderne : sécurité, risque et surveillance.
- 12 Les structures de soins épousent aussi les évolutions socio-démographiques. Dans les pays industrialisés, les progrès accomplis en termes d'espérance de vie posent la question de la régulation sociale de « la vieillesse ». Le passage du troisième au quatrième âge dans la description des étapes de la vie est aussi symbolique de la déconnexion qui s'opère entre la présence de plus en plus conséquente de « retraités actifs » et ceux dont l'état nécessite un accompagnement et un soutien socio-médicaux importants. Ces situations conduisent Sylvain Poupi à remettre en cause les théories du « désengagement » qui décrivent l'entrée en institution comme un accord tacite entre la personne âgée et la société. Pour l'auteur, ces théories masquent tout simplement un processus qui va du désengagement social et familial à l'entrée en institution. S. Poupi critique, en amont, la manière avec laquelle la société se dédouane de ses membres les plus âgés et remet en question les théories scientifiques qui visent à légitimer ce double désengagement. En aval, Delphine Dupré-Lévêque présente une étude monographique des institutions qui accueillent les personnes âgées et pose la question de leur mode de sociabilité à l'intérieur de ces maisons de retraite dans le Sud-Ouest de la France.
- 13 A travers l'étude de la mise en place du recouvrement des coûts d'un hôpital malgache, Claire Mestre observe que les tensions sociales et ethniques ont prévalu sur les objectifs d'un projet revendiquant « la défense des droits aux soins pour tous ». Ce projet laisse

pourtant les populations concernées plus démunies que jamais, dans un contexte économique où la malnutrition infantile, la morbidité et l'analphabétisme sévissent durement.

- 14 A travers les structures de soins, ce sont donc des projets de société et des modes d'interaction qui se donnent à voir. L'immersion dans ces champs de sociabilité permet ainsi de déconstruire des mécanismes de pouvoir et de régulation sociale, toujours marqués par des choix plus ou moins arbitraires. Les tensions qui ressortent de ces confrontations socio-politiques et économiques d'une part, la manière dont elles sont gérées, d'autre part, révèlent toujours et partout l'état des avancées ou des stagnations des démocraties contemporaines. Les conflits dans ces lieux de pouvoir peuvent donc être considérés comme des témoins de changements sociaux inéluctables. Ceux-ci s'opèrent dans des sociétés qui luttent au nom de la promotion du bien-être et pour la prise en compte des différents intérêts en présence. A l'inverse, le silence qui entoure les mécanismes sociaux qui renforcent les inégalités face aux soins dans la majorité des pays du Sud, en dit long sur le monopole et le pouvoir des uns à disposer de la vie et de l'impuissance des autres.

BIBLIOGRAPHIE

Foucault M., 1983, *Naissance de la clinique* (1963), Paris, PUF, coll. « galien », 5^e édition, 214 p.

Foucault M., 1988a, « Histoire de la médicalisation », in *Hermès 2, Masses et Politiques*, Paris, Edition du CNRS, pp. 13-29.

Foucault M., 1988b, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », in *Hermès 2, Masses et Politiques*, Paris, Edition du CNRS, pp. 30-40.

Lebeer G., 1995, « La violence thérapeutique », *Sciences Sociales et Santé*, 15, 2, pp. 69-95.

Pouchelle, 1998, « Ici, on ne fait pas de cadeaux. Partages du temps et don de soi à l'hôpital », *Ethnologie française*, XXVIII, 4, pp. 540-550.