

50

LES CAHIERS

RECONNAÎTRE LE CARE

UN ENJEU POUR LES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES

SOUS LA DIRECTION DE
MARIANNE MODAK ET JEAN-MICHEL BONVIN



éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

Hes-so
Haute école spécialisée
de Suisse occidentale

RECONNAÎTRE LE CARE

RECONNAÎTRE LE CARE

UN ENJEU POUR LES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES

Sous la direction de
Marianne Modak
Jean-Michel Bonvin

L'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne publie régulièrement des études et travaux réalisés par ses enseignant·e·s, chargé·e·s de cours et diplômé·e·s. Ces ouvrages illustrent ses divers domaines d'activité, de recherche et d'enseignement, à l'intention de ses ancien·ne·s étudiant·e·s, de professionnel·le·s de l'action sociale et des milieux intéressés.

Le comité d'édition EESP : Isabelle Csupor, Susy Ducraux,
Pierre Gobet, Joëlle Longchamp Reuge, Gilles Lugin, Gil Meyer,
Paola Richard-De Paolis, Jean-Pierre Tabin
Coordinatrice financière : Nathalie Brodard
Secrétariat d'édition : Séverine Holdener

Maquette et couverture : Tassilo Jüdt, www.tassilo.ch

Mise en page : Éditions Antipodes, www.antipodes.ch

6 Correction : Évelyne Brun, Lausanne

Cet ouvrage est publié avec l'appui du Fonds national suisse de la recherche scientifique et le Pôle de recherche national Lives.



© 2013, Éditions EESP, ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne
www.eesp.ch
(La reproduction ou l'utilisation sont soumises à autorisation préalable)
ISBN 0978-2-88284-061-5

La Haute école de travail social et de la santé – EESP – Lausanne est inscrite dans le réseau de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) appartenant, comme les universités, les EPF et les hautes écoles pédagogiques, au niveau tertiaire A du système de formation suisse. L'EESP est une fondation au sens des art. 80 et ss. du Code civil suisse, reconnue d'utilité publique. Ses quatre missions fixées par la loi fédérale HES (LHES du 06.10.1995) sont :

- *Formation initiale*, de niveau universitaire, axée sur la pratique et eurocompatible. Le titre de BACHELOR (180 crédits ECTS) donne un accès direct au monde du travail. Il peut être complété par un titre de MASTER (90 crédits ECTS).

- *Formation continue*, cycles postgrade (certificats, diplômes et masters of Advanced Studies) destinés au développement professionnel.

- *Recherche orientée vers la pratique et développement*: pour assurer l'acquisition et le développement de connaissances scientifiques, pour enrichir l'enseignement en y intégrant des pratiques professionnelles documentées et les savoirs acquis à travers la recherche.

- *Échanges internationaux*: les écoles de la HES-SO entretiennent une tradition d'ouverture vers l'extérieur à travers des collaborations avec des hautes écoles ou des institutions de recherche en Suisse ou à l'étranger.

www.eesp.ch

Les Éditions EESP veulent favoriser la diffusion régulière des connaissances développées au sein de la Haute école de travail social et de la santé et offrir des points d'ancrage au dialogue indispensable entre un lieu de formation professionnelle supérieure et ses partenaires du champ social, éducatif et sociosanitaire.

TABLE DES MATIÈRES

....	PRÉFACE	
	CLAIRE-LISE GERBER, PASCALE HALDIMANN, NICOLAS PERRIN	11
....	INTRODUCTION	
	JEAN-MICHEL BONVIN	21
PREMIÈRE PARTIE:		
DÉFIS POLITIQUES, ÉCONOMIQUES ET MANAGÉRIAUX DU CARE		
I	LA PORTÉE POLITIQUE DU CARE EN DÉBAT	
	MARIE GARRAU	31
....	LES THÉORIES DU CARE FACE À LEURS DÉTRACTEURS:	
	RETOUR SUR QUELQUES OBJECTIONS	32
....	RÉPONDRE AUX OBJECTIONS:	
	DE LA REMISE EN PERSPECTIVE AU PROGRAMME DE TRAVAIL	36
II	LES SERVICES À LA PERSONNE – UN DÉFI À RELEVER POUR L'ÉCONOMIE	
	MASCHA MADÔRIN	49
....	POUR LE MARCHÉ DANS LE CADRE DE L'ÉTAT	52
....	SERVICES À LA PERSONNE EN TANT QUE PROCESSUS DE TRAVAIL	
	ET D'ÉCHANGES	53
....	LES ACTIVITÉS DE SOINS IMPLIQUENT DES RAPPORTS	
	DE « SUJET À SUJET », DU TEMPS POUR LES DISCUSSIONS	
	ET D'AUTRES INTERACTIONS	55
....	QU'EST-CE QUE LA DÉPENDANCE D'UN POINT DE VUE ÉCONOMIQUE?	57
....	COMPLEXITÉ ET NATURE PROCESSUELLE DES SERVICES À LA PERSONNE .	58
....	SERVICES AUX PERSONNES RÉMUNÉRÉS: DYNAMIQUES	60
III ...	LA QUALITÉ DU CARE	
	PIERRE GOBET	65
....	APPROCHES RELATIVE ET ABSOLUE DE LA QUALITÉ	66
....	LES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	67
....	LA NATURE DU CARE	68

..... LA QUALITÉ DU CARE	70
..... L'ARCHITECTURE DE LA RELATION DE CARE	72
..... LA MESURE DE LA QUALITÉ DU CARE	74
..... L'ÉVALUATION DU CARE COMME SOUCI DE QUALITÉ	78
..... CONCLUSION	79

**SECONDE PARTIE : LE TRAVAIL DE CARE, ENTRE QUALITÉ,
COMPÉTENCE ET QUALIFICATION**

IV ... LA QUESTION DES QUALIFICATIONS DANS LES MÉTIERS DE CARE	
NATALIE BENELLI	83
..... LA QUALIFICATION COMME PRODUIT DES RAPPORTS SOCIAUX	86
..... LA DÉQUALIFICATION DES SAVOIR-FAIRE DES FEMMES: PISTES D'ANALYSE	87
..... LA PERMANENCE DE LA DÉQUALIFICATION DU TRAVAIL DE CARE	90
..... LE PIÈGE DU RELATIONNEL	92
..... EN GUISE D'OUVERTURE?	95
V À LA MESURE DU CARE. L'EXPÉRIENCE D'UN ÉDUCATEUR	
DAVID FUEHRER	99
..... CONCEPT DE CARE ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE	103
..... OBSERVER LE CARE	105
..... COMMENT RENDRE VISIBLE CET « INEFFABLE DE LA RELATION »?	106
..... CONCLUSION	115
VI ... LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DE CARE. UNE MÉDIATION ENTRE	
PROCHES DE MALADES D'ALZHEIMER ET INTERVENANT·E·S AU DOMICILE	
OLIVIER GIRAUD ET BARBARA LUCAS	119
..... LE TRAVAIL DE CARE EN TENSION	121
..... L'ÉMERGENCE D'UN DISCOURS COMMUN	128
..... CONCLUSION	134
..... CONCLUSION. VALORISER LE TRAVAIL DU CARE: UN ENJEU D'ÉGALITÉ	
MARIANNE MODAK	139
..... BIBLIOGRAPHIE	147

PRÉFACE

Claire-Lise Gerber, Pascale Haldimann, Nicolas Perrin

C'est à l'occasion d'une journée sur l'économie du care organisée par la Haute école de travail social et de la santé, à Lausanne¹, qu'est née l'idée d'un ouvrage qui rassemblerait les réflexions de chercheur·e·s, spécialistes du care, et de professionnel·le·s de la santé et du social, pourvoyeurs et pourvoyeuses de care. Par ce terme, les organisateurs et les organisatrices de la journée entendaient s'intéresser à la dimension de sollicitude, de prévenance ou encore de souci de l'autre qui caractérise les prestations fournies dans le secteur des services à la personne, et ils entendaient s'y intéresser par l'économie néolibérale. Il s'agissait donc, au cours de cette journée, de s'attacher à identifier les besoins en care d'une communauté, ainsi que les ressources susceptibles d'assurer les savoirs et la motivation nécessaires à sa production.

L'objectif de l'ouvrage se voulait modeste, en réalité, il était ambitieux, puisqu'il était question, rien de moins, de prendre la mesure de l'importance

1 «L'économie du prendre soin, quand la réflexion économique se met au service de l'intervention sociale et sanitaire», journée organisée par l'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé – EESP – Lausanne (28 janvier 2009). Cette journée a réuni une centaine de chercheur·e·s et de professionnel·le·s des terrains de la santé et du travail social autour de la question de la reconnaissance du travail de care.

du « *prendre soin* » dans les activités professionnelles quotidiennes, ainsi que des risques encourus par le fait de devoir, de plus en plus de nos jours, s'accommoder d'un travail dépourvu de cette dimension. Parmi ces risques, il y a celui du malaise, voire de la souffrance découlant, pour les professionnel-le-s, du constat de l'écart de plus en plus grand entre leur idéal professionnel dans une société démocratique et la réalité de l'exercice de leur métier au quotidien dans une économie néolibérale.

Les thèmes abordés lors de cette journée arrivaient donc à point nommé pour les professionnel-le-s devenu-e-s signataires de cette préface. Les conférences nous ont permis d'objectiver ce malaise et elles ont suscité en nous l'envie de poursuivre la réflexion en portant un autre regard sur notre pratique professionnelle.

UNE JOURNÉE POUR RÉFLÉCHIR À L'ÉCONOMIE DU « PRENDRE SOIN »...

- 12 Cette journée a d'abord permis de montrer l'importance de l'empreinte de l'économie néolibérale dans l'intervention quotidienne des personnels du social et de la santé. Ainsi, l'introduction d'outils de mesure des actes dispensés au sein des centres médicosociaux vaudois ferait face à l'explosion des coûts de la santé et au vieillissement démographique, mais est-ce dans le respect des valeurs fondamentales des métiers du « prendre soin », humanité, dignité, équité? Catherine Mamboury², lors de son intervention, a relevé combien ces nouveaux outils contrevenaient aux pratiques des soignants et des soignantes en les contraignant à entrer dans des logiques de performance et de rentabilité. Marianne Modak, en lien avec une recherche effectuée auprès de cinq services sociaux de Suisse romande, a montré que, face au manque de temps, les travailleuses et les travailleurs sociaux se retrouvent souvent dans une position délicate qui les contraint à sécuriser d'abord leur action sur le plan administratif et seulement ensuite, décider, ou non, de « faire le reste », dans la mesure du temps qui reste à disposition (Modak et Messant, 2009).

Nous avons pris conscience, ensuite, de la difficulté à rendre visible l'objet même du « prendre soin », car il appartient à l'ordre de l'impalpable

2 Directrice de l'Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile ALS-MAD, Lausanne.

et de l'oubli. Le défi consiste ainsi à démontrer sa valeur positive, alors que le care ne se voit que lorsqu'il manque dans le cadre d'une relation : on évoque la froideur de l'infirmière, le détachement de l'assistante sociale, mais comment qualifier ce qui va de soi, ce qui apparaît comme « naturel » ? La définition même du terme care – qui réunit dans un même mot le souci du soin et sa réponse – est donc un enjeu, celui de la valorisation de l'identité professionnelle, toujours insuffisamment reconnue dans le travail social et la santé.

Nous nous sommes enfin interrogé·e·s, avec Jean-Michel Bonvin, sur la capacité des nouveaux modes de gestion publique à favoriser « le prendre soin ». Il nous a été donné à comprendre qu'ils introduisent une surresponsabilisation de la personne. Par ailleurs, déployant des règles issues du secteur privé, ils mettent en concurrence les pourvoyeurs et les pourvoyeuses d'aide sous forme d'appel d'offres qui permettent à l'État de choisir les prestations sociales au meilleur rapport qualité-prix. Jean-Michel Bonvin a ainsi rendu le public attentif au fait que la politique de la nouvelle gestion publique vise d'abord à injecter divers outils d'évaluation ayant pour but de définir des standards appliqués au sein des institutions afin de diminuer les coûts. Ce contexte, qui tend maintenant à s'appliquer à nombre d'institutions sociales, ne favorise donc pas les espaces d'actions permettant aux professionnel·le·s de rester à l'écoute de la vulnérabilité des individus, dimension fondamentale du care.

13

La prise en considération du care constituerait-elle un défi pour la pensée économique ? Macha Madörin, qui signe un article dans le présent ouvrage, nous a dit que la question du care pouvait faire débat quant à ses liens avec le travail non rémunéré, souvent accompli par des femmes et non valorisé financièrement. Par ailleurs, cette économiste nous a amené·e·s à comparer la productivité dans les secteurs des biens et des services : nous pouvons, par exemple, produire une voiture de plus en plus vite, mais peut-on soigner « plus vite » ? Selon elle, la recherche de productivité est difficilement compatible avec les domaines du social et de la santé où le fait d'avoir du temps à disposition est déterminant. De ce point de vue, la nouvelle gestion publique est donc catastrophique, puisqu'elle vise l'efficacité. Or, que mesurer dans le « prendre soin » : les effets, les efforts ? La question reste ouverte.

En Suisse, le conseiller national socialiste Stéphane Rossini, interrogé

par *L'Hebdo* estime que le concept de care vient se substituer à des notions de solidarité et de cohésion sociale. Sa collègue de parti, la conseillère nationale Maria Roth Bernasconi, voit dans le concept de care, la possibilité de mieux articuler le travail gratuit et le travail rémunéré, à savoir réconcilier l'économie et les sentiments. Elle défend l'idée d'une économie plurielle qui associe production domestique, organismes associatifs et État. Pour elle, l'économie du care offre une occasion de repenser l'économie et la société tout entière (Audétat, 2010).

LE CARE, TOUT EN QUESTIONS...

14

Le domaine du travail social et de la santé, tous secteurs confondus, n'échappe pas aujourd'hui à la logique gestionnaire – quantification de l'activité, construction d'indicateurs de performances – en lien avec la tendance à estimer d'abord la productivité du travail et seulement après ses effets sur les usagers et les usagères. Or, nous remarquons dans nos pratiques que ces outils de gestion sont peu compatibles avec le care, ne serait-ce que parce qu'il nécessite d'avoir suffisamment de temps à disposition. Les travailleuses et les travailleurs sociaux et de la santé n'ont souvent que le temps d'assurer les soins de base et le travail administratif indispensable, sans pouvoir se soucier vraiment du bien-être des bénéficiaires, car les actes professionnels consacrés à ce bien-être seraient difficiles à rendre visibles, donc impossibles à valoriser. Les professionnel·le·s se voient donc contraint·e·s de les limiter, ce qui n'est pas une position facile ou agréable, et peut-être faut-il considérer une telle limitation comme un acte de résistance afin de préserver une identité professionnelle de plus en plus menacée. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner le nombre de cahiers des charges qui comportent dorénavant, et de manière explicite, de plus en plus d'obligations en lien avec une activité de contrôle social importante. Or, celui-ci se traduit inévitablement en termes de résultats mesurables, peu compatibles avec la logique du care.

LE CARE OUI, MAIS POURQUOI?

Aujourd'hui, les instances cantonales et communales compétentes, ainsi que les institutions, par voie de contrat de prestations et, bien sûr, par

contrainte budgétaire ont le pouvoir de déterminer la nature et l'étendue des aides et des prestations des personnes qui sollicitent un appui social, financier ou autre. Cela nécessite des démarches administratives souvent chronophages et pointilleuses et les travailleuses et les travailleurs sociaux voient donc les prérogatives liées à leur métier – sollicitude envers les bénéficiaires, accompagnement à un rythme qui tient compte de leurs besoins, invention de solutions hors des sentiers battus, défense de la dimension constitutive du travail social de l'ordre de l'inénarrable et de l'indicible, etc. – amputées de ce qui constitue une part importante de leur activité. Le care apparaît alors comme offrant une vision globale de ce que devrait ou doit être la prise en charge des personnes, et qui aurait été perdue. Ces professionnel-le-s réalisent alors qu'ils et elles sont actuellement, et la plupart du temps, empêché-e-s de mettre en œuvre des processus de prise en charge visant à réaliser ce que Joan Tronto appelle « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer «notre monde», de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible» (Tronto, 2009, p. 143).

15

De manière générale, le colloque de janvier 2009 a déclenché un processus de mise en visibilité du malaise ressenti dans la pratique professionnelle. Avec le concept de care s'est ouverte la possibilité de recourir à la théorie pour décrire et expliquer les situations. Celà est d'autant plus important dans des contextes où le temps professionnel pour les savoir-être tend à se raréfier, voire à disparaître, avec le danger, soit de renvoyer le travail de care du côté des bénévoles et de la famille, soit de l'instrumentaliser, en l'incluant dans le *care management*, et l'associer à des prestations étrangères à sa nature. Après cette journée, les signataires de cette préface ont ressenti le besoin de se pencher plus finement sur leur pratique quotidienne sous l'angle du care. L'analyse de leurs réflexions a mis en évidence leur très grande capacité d'adaptation, souvent de manière peu consciente d'ailleurs, aux demandes d'obligations de résultats de la part des prescripteurs, demandes frustrantes puisqu'elles leur donnent le sentiment de ne pas accomplir leur mission.

CONSERVER ET VALORISER LA PLACE DU CARE DANS LA PROFESSIONNALISATION DU TRAVAIL SOCIAL ET DE LA SANTÉ

Dans un contexte de réorganisation des services sociaux et de la santé qui transforme les missions et bouleverse le sens du travail, nombre de professionnel-le-s se retrouvent dans une position inconfortable, au risque de « *burn-out* », partagé-e-s entre une tendance au désengagement et celle d'agir « en cachette ». Il peut, en effet, être difficile de gérer la tension suscitée par une adaptation excessive au système de logique gestionnaire et le souhait de conserver une dimension de sollicitude importante à leur action. Ces personnes savent bien que si elles ne s'occupent plus du care, non seulement d'autres s'en chargeront à leur place, mais également leurs interventions seront de plus en plus éloignées des valeurs de leur métier, dont le care est constitutif. Elles craignent ainsi la « Macdonaldisation » d'un métier où l'exigence d'efficacité et de performance serait prioritaire dans les cahiers des charges et primerait sur la dimension qualitative de l'activité.

16

LES PRATIQUES DU CARE

Nous voulons dans cette préface, au travers de quelques exemples concrets, donner à voir nos pratiques de care à l'horizon d'une définition, celle de Joan Tronto (2009), qui va nous servir à les manifester et à poser sur elles un regard critique. Pour cette théoricienne, le care est d'abord une pratique, c'est-à-dire une pensée ou une manière d'être, et une action ou un travail, marqués par un manque de reconnaissance qui contamine également les personnes pourvoyeuses de care. Ensuite, son approche du care tient compte de ses dimensions à la fois morales, sociales et politiques qui ne s'expriment pas exclusivement dans une relation duale, de face-à-face entre une personne « soignante » et une personne bénéficiaire, mais dans le cadre d'un processus en quatre phases englobant les relations, les organisations et les structures sociales. Ce processus, bien connu, nous servira pour illustrer, par des situations tirées de notre pratique professionnelle quotidienne, dans des services sociaux et à l'hôpital notamment, la complexité du care.

« La première phase du care implique de constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse » (Tronto, 2009, p. 147). Elle suppose de se soucier d'autrui, de le prendre en compte dans un rapport de sollicitude. En contexte professionnel, l'évaluation des besoins des usagers et des usagères est cependant un processus hautement complexe, toujours situé au cœur de nombreux enjeux de pouvoirs. Qui évalue ? Avec quelles compétences statutaires, intellectuelles, relationnelles, affectives ? Avec quelles ressources à disposition ? Dans quel but et avec quelles missions ? Et dans quels contextes institutionnels, sociaux, juridiques et politiques ? Les travailleuses et les travailleurs sociaux, comme celles de la santé, interviennent en règle générale dans un cadre de travail déterminé et où les besoins concrets des bénéficiaires sont prédéfinis institutionnellement. Ainsi, un·e assistant·e social·e dispose souvent d'un protocole d'intervention, avec une liste quasi exhaustive des aides et des prestations financières « prêtes à l'emploi » pouvant être fournies aux ayants droit. Par exemple, il ou elle sera appelé·e à fournir des bons de prise en charge financière, autrement dit à légitimer, octroyer et transmettre concrètement aux usagers et aux usagères des garanties financières prédéterminées qui devraient permettre la satisfaction de leurs besoins également prédéterminés, comme l'eau et la lumière pour les plantes... Or, l'attention aux besoins vitaux d'autrui, qui traduit les attentes que des êtres humains doués de langage ont su exprimer, exige la présence de ressources diverses : disposer d'un espace d'accueil adéquat, avoir suffisamment de temps et de moyens financiers à disposition, pouvoir bénéficier de compétences affectives, relationnelles et intellectuelles, etc.

17

Ce travail de prise en compte des besoins d'autrui, entre des personnes dont les unes sont vulnérables, en souffrance et expriment des attentes vitales, et d'autres dont le métier est d'être là pour leur répondre dans un contexte institutionnel donné est une opération souvent méconnue, dévalorisée, autrement dit non reconnue à sa juste valeur.

« La deuxième phase du care implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter » (Tronto, 2009, p. 148). Considérons l'exemple d'un service social hospitalier qui est par définition multidisciplinaire et où les besoins d'une personne, dans une première étape en tout cas, sont en général identifiés par d'autres professionnel·le·s que celles et ceux rele-

vant du travail social et cela, parfois, au moment même de la sortie de cette personne du service, sortie qui n'est pas toujours anticipée. C'est alors dans un contexte d'urgence que les actions indispensables pour permettre au patient ou à la patiente de quitter l'hôpital au plus tôt vont être entreprises. Ainsi, la sortie de l'hôpital est-elle décidée sur la base d'un besoin identifié avec une demande d'obligation de résultat qui n'est pas toujours celui que l'assistante ou l'assistant social-e estimera le plus urgent à résoudre. En revanche cette personne en découvrira souvent d'autres auxquels il ou elle n'aura pas toujours la possibilité de donner suite. L'assistant-e devra entreprendre une démarche de délégation à des partenaires extérieurs. Celle-ci peut se révéler frustrante sur le plan de sa conception de l'action et de sa responsabilité face à une prise en charge trop fragmentaire.

18 La troisième phase du care consiste à fournir de l'aide et du soin concrets, elle « (...) implique un travail matériel et exige presque toujours de ceux qui prennent soin qu'ils aient un contact direct avec les objets du care » (Tronto, 2009, p. 148). En poursuivant l'exemple précédent, le cahier des charges du travailleur et de la travailleuse social-e implique que prendre soin de la personne concernée nécessite de la rencontrer et d'effectuer avec elle un bilan social qui devrait aller au-delà de la première demande du personnel soignant, demande qui est souvent de l'ordre d'une prestation administrative traitée parfois sans rencontrer le patient. Les professionnel-le-s du social et de la santé fournissent prioritairement les prestations qui leur sont demandées et qui répondent aux dispositifs mis en place par l'institution alors qu'ils et elles souhaiteraient prendre davantage de temps pour offrir également du soutien relationnel. Tous deux doivent alors se convaincre d'avoir tout de même réalisé un « bon » travail et que la mise à disposition, même partielle, de leurs compétences a tout de même joué un rôle important et réel pour la personne.

« La dernière phase du care correspond à la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit » (Tronto, 2009, p. 149). Elle consiste en la réception de l'aide et du soin, c'est-à-dire en la reconnaissance que l'activité de care est une activité réciproque. Nous avons vu ci-dessus qu'évaluer l'adéquation du soin proposé est parfois difficile dans un contexte hospitalier et cela en raison prioritairement de la brièveté du contact avec les patient-e-s, contact qui ne se poursuit

généralement pas au-delà de leur séjour et du non-retour des effets des prestations apportées. Et même si cette évaluation peut être plus aisée, par exemple dans les secteurs ambulatoires qui peuvent vérifier plus fréquemment l'adéquation de leur réponse aux besoins exprimés, il n'en reste pas moins que l'évaluation de la juste prestation apportée aux patient·e·s et de leur reconnaissance reste difficile pour deux raisons. La première est que la réponse aux besoins d'une personne est souvent ponctuelle et ceux-ci n'ont généralement pas fait l'objet d'une exploration préalable suffisante ou, si cela a été le cas, le temps a manqué pour y répondre. La seconde raison est que le retour d'information par la personne est souvent effectué au gré d'une nouvelle sollicitation de sa part pour déposer une demande identique à la première, sa situation sociale s'étant à nouveau dégradée pour de multiples raisons (en lien avec des dynamiques personnelles fragilisées ou l'évolution générale du contexte social).

Si les quatre phases du care constituent en théorie un processus, c'est-à-dire un enchaînement complexe d'activités, en pratique l'on constate qu'elles sont dissociées et fragmentées. Les deux premières phases, soit prendre en compte et assumer une responsabilité, procèdent dans le champ du travail social et de la santé de protagonistes appartenant aux cercles du personnel des cadres de l'État. Les pourvoyeurs et les pourvoyeuses de care qui interviennent dans la troisième phase se sont borné·e·s à n'être que les exécutant·e·s de dispositifs de prise en charge prédéfinis, en réponse à des besoins prédéterminés. Enfin, les récipiendaires du care de la quatrième phase peinent à faire entendre leurs voix auprès des acteurs et des actrices des trois premières phases.

La construction conceptuelle de la notion de care de Joan Tronto permet notamment de rendre visible l'organisation des pratiques de care et la position sociale de ses acteurs et de ses actrices.

Enfin, si la définition des besoins vitaux et sociaux et les réponses données concernent les travailleuses et les travailleurs sociaux et de la santé au premier chef, tout en étant au centre de questions morales et politiques actuelles, selon Marie Garrau et Alice Le Goff (2010): « (...) les questions du besoin et du soin, de leur définition et de leur priorité, font rarement l'objet d'une discussion publique et demeurent à la marge des questions politiques jugées centrales. » Une large discussion publique aurait, entre autres, l'avantage de favoriser la mise en lumière de l'invisible

pratique des différent-e-s acteurs et actrices du care. Le bien prendre soin des personnes (vulnérables) dans notre société libérale et démocratique contemporaine nous apparaît donc comme une tâche et un défi politiques.

LE CARE À CŒUR

Les quelques pistes de réflexion esquissées dans le groupe de travail qui ont conduit à la rédaction de cet ouvrage ont montré combien nous étions déjà dans une voie de quasi-suradaptation à des contextes de travail dans lesquels la logique gestionnaire l'emporte sur la logique métier qui, elle, octroie une place centrale à la personne. En effet, les thèses présentées ici par plusieurs spécialistes du care ont l'avantage de mettre en évidence la portée critique de ce concept, dont notre réflexion a bénéficié et dont nous pensons que l'ensemble des travailleurs et des travailleuses du social et de la santé devraient également pouvoir tirer parti. Cet ouvrage devrait les aider à ne pas laisser le care leur échapper mais plutôt à le revendiquer, le défendre et le renforcer dans leur pratique.

20

Les différentes approches du care proposées dans cet ouvrage offrent ainsi quelques clés de lecture pour s'interroger sur leur pratique et remettre le care au cœur de l'identité professionnelle.

INTRODUCTION

Jean-Michel Bonvin

La préface de ce livre l'illustre, la question des activités de care et de la place qui leur est faite dans les champs social et sanitaire se situe au cœur d'enjeux politiques, économiques et opérationnels de première importance. Les articles qui suivent visent à éclairer ces enjeux et à fournir des balises en vue de stimuler la réflexion des parties prenantes (décideuses et décideurs politiques, praticiennes et praticiens du terrain, chercheur-e-s, etc.). Dans ce propos introductif, nous retracerons brièvement ces trois types d'enjeux avant de proposer une brève synthèse des contributions réunies dans ce volume.

Sur le plan politique, le care interroge la place qui est laissée à la personne vulnérable ou fragile dans une société axée sur la valorisation du mérite et de l'autonomie. Le risque existe en effet d'une surresponsabilisation de ces personnes dont la vulnérabilité n'est dès lors plus perçue comme légitime. Elles sont alors appelées à déployer toute leur énergie en vue d'un retour à l'indépendance. L'activation des demandeurs et des demandeuses d'emploi, l'invitation au vieillissement actif, la volonté de « réadapter » les rentiers et les rentières de l'assurance invalidité, etc. illustrent cette illégitimité de la fragilité ou de la vulnérabilité dans nos sociétés qui tendent à survaloriser l'autonomie et l'indépendance. Le

concept de care, par contraste, invite à repenser l'organisation sociale en vue de mieux intégrer la question de la vulnérabilité et d'assurer une prise en charge plus adéquate des personnes vulnérables. Le défi proprement politique consiste dans ce cas à valoriser les tâches de care en reconnaissant leur contribution nécessaire à la cohésion sociale et à mettre en place les conditions de leur accomplissement adéquat. Cette question est d'autant plus importante dans le contexte actuel marqué par les transformations des structures familiales et l'augmentation massive de la participation des femmes au marché du travail. Le potentiel de « familialisation », c'est-à-dire de prise en charge informelle et bénévole au sein de la famille, des tâches de care touche ici à ses limites. Il s'agit donc de se demander dans quelle mesure l'État social parvient à intégrer ces évolutions et à se réformer en vue de garantir une prise en charge adéquate de la vulnérabilité. Deux voies sont envisageables à cette fin : soit encourager la « défamilialisation » de ces tâches au travers de la mise en place de structures d'accueil extrafamiliales (jardins d'enfants, EMS, etc.), soit promouvoir des mesures de soutien financier ou autre en faveur des proches aidant-e-s en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes. Si la Confédération suisse commence à se pencher sur ces enjeux comme le montre la récente publication d'un rapport sur ces questions (Stutz et Knufer, 2012), la tendance actuelle à la rationalisation des institutions et des services sociaux et sanitaires n'incite pas à l'optimisme. L'émergence d'un marché privé du care, dont de nombreuses études ont illustré les conditions de travail précaires, notamment lorsque ces activités sont exercées par une main-d'œuvre étrangère en provenance de pays du Sud, ne se présente pas comme une alternative satisfaisante (Medici et Schilliger, 2012). Dans ce contexte, le concept de care vient rappeler l'exigence de donner une place reconnue aux personnes vulnérables et à la vulnérabilité, ainsi qu'aux personnes qui sont appelées à la prendre en charge. À ce titre, il implique de remettre en cause les structures et les rapports de pouvoir, notamment les rapports sociaux de sexe et de classe, qui contribuent à la dévalorisation des activités de care.

Sur le plan économique, la question posée par le concept de care est liée à la reconnaissance de la valeur économique des activités de care, valeur qui n'est actuellement pas prise en compte dans les calculs du produit intérieur brut alors même que ces activités contribuent de manière

très significative à la prospérité économique des pays. Il s'agit ici d'un défi conceptuel qui commande de repenser des notions clés de la science économique telles que la « création de richesse », la « productivité », la « valeur ajoutée », etc. en les désindexant des conceptions liées à la productivité industrielle. L'économie dite du care exige ainsi de concevoir de nouveaux outils qui permettent de reconnaître dans sa spécificité l'apport économique du care et des services aux personnes, lequel ne se résume pas au volume des biens ou des services produits. Sous cet angle, il conviendrait par exemple de forger des indicateurs de cohésion sociale ou de qualité de vie, qui apporteraient un contrepoint bienvenu au PIB et autres indicateurs monétaires (Gadrey, 2010).

Sur le plan opérationnel enfin, se pose la question des conditions de travail ou d'activité qui régissent l'accomplissement des activités de care par des professionnel·le·s, des bénévoles ou encore des proches aidant·e·s. Sous cet angle, la non-reconnaissance de la valeur économique du care peut entraîner des conséquences préjudiciables qui sont illustrées par de très nombreuses études : dans la mesure où le care est perçu comme impro-
ductif, puisqu'il n'est pas créateur de richesses, et donc comme inexistant sur le plan économique, il s'agit d'une activité très vulnérable aux restrictions budgétaires des collectivités publiques. Ainsi, la nouvelle gestion publique et son exigence de faire du chiffre, c'est-à-dire de montrer la rentabilité et l'efficacité des activités bénéficiant d'un financement public, mettent sous pression les professionnel·le·s du social et de la santé. Ils et elles sont appelé·e·s à satisfaire aux exigences de rentabilité ou d'équilibre budgétaire posées par les financeurs, ce qui passe le plus souvent par la recherche des meilleurs résultats possibles au regard des indicateurs de performance imposés par les instances de financement. Or, ces indicateurs ne laissent que peu de place aux activités de care notamment en raison du postulat de leur improductivité. Les professionnel·le·s risquent alors de se trouver écartelé·e·s entre deux solutions également insatisfaisantes : travailler pour les indicateurs et délaisser les activités de care, ou assumer ces activités en prenant sur soi au risque d'une intensification du travail pouvant mener au *burn-out* (le care doit en effet souvent s'effectuer en sus du cahier des charges défini en fonction des indicateurs de performance et des contrats de prestations). Cette conception managériale informe également les démarches qualité auxquelles sont de plus en plus fréquem-

ment soumis les travailleurs et les travailleuses du social et de la santé et qui sont bien plus soucieuses de la qualité et de l'efficacité de l'organisation du travail (avec une préoccupation d'efficience et d'économicité) que de la qualité des prestations. Le risque existe ici que le savoir-faire des professionnel-le-s soit subordonné à des considérations budgétaires (faire du chiffre, être rentable) et managériales (suivre les procédures qualité) qui ne laissent qu'une place limitée à des activités de care rétives à la quantification et à la formalisation. Sur ce plan opérationnel, qui inclut la question de la professionnalisation mais ne s'y réduit pas, le défi consiste à définir des conditions d'activité (ressources financières, moyens en termes de personnel, formation et compétences, etc.) et des standards qualitatifs garantissant la mise en œuvre d'un care adéquat.

24

L'ouvrage s'articule en deux parties. La première, intitulée « Défis politiques, économiques et managériaux du care », montre que les activités de care, lorsqu'elles sont prises au sérieux, exigent de repenser l'organisation sociale et politique (pour faire une place mieux valorisée à la vulnérabilité et aux acteurs et aux actrices du care), les concepts de la science économique (pour reconnaître la valeur économique du care) ainsi que les modes de gestion des activités sociales et sanitaires. La seconde partie, intitulée « Le travail de care entre qualité, compétence et qualification », se penche sur les conditions concrètes d'une reconnaissance effective des activités de care. Elle explore diverses possibilités à cet égard, par exemple des outils d'évaluation et de mesure alternatifs (qui s'éloignent de la logique managériale), l'action et la mobilisation collectives des travailleuses et des travailleurs du social et de la santé, ou encore la garantie de conditions structurelles de travail plus adéquates.

Dans son texte, Marie Garrau insiste sur la portée proprement politique et sociale du concept de care, qui ne saurait se réduire à une question exclusivement morale et censée ne concerner que les femmes. À la suite de Tronto (2009), elle commence par identifier les conditions qui empêchent la perception du care comme une question politique à part entière : en effet, la définition du care comme attitude attentionnée à autrui, largement confinée dans la sphère privée, contribue dans une large mesure à le réduire à une affaire familiale et féminine. Par contraste, le care doit être conçu comme un bien commun qui concerne tous les membres d'une société donnée et ne doit donc pas entraîner de stigmatisation des

personnes dépendantes (dans la mesure où nous sommes toutes et tous vulnérables à un titre ou à un autre). De plus, l'exercice du care, qui comporte plusieurs phases (de l'identification du besoin à la réception du soin), engage la responsabilité de nombreux et de nombreuses acteurs et actrices, décideurs et décideuses politiques, directeurs et directrices d'institutions, acteurs et actrices de terrain entre autres. Un tel concept de care exige une transformation en profondeur à la fois des représentations sociales, pour ne plus voir dans le care une disposition exclusivement féminine, et de l'organisation sociale, en vue de revaloriser les conditions d'exercice du care.

Mascha Madörin met l'accent sur les caractéristiques du care ou des services à la personne qui fondent leur spécificité par rapport aux activités économiques « conventionnelles » (celles que la science économique prend en compte quand elle calcule le produit intérieur brut). Ces activités se signalent ainsi, entre autres, par le fait que les processus de production et de consommation ne peuvent pas être séparés (l'échange se faisant directement entre le bénéficiaire et le prestataire, sans passer le marché anonyme), par l'importance du temps de travail et de la durée qui font partie intégrante de la prestation (et ne peuvent donc pas être réduits sans préjudice) et par l'asymétrie de pouvoir entre le prestataire et le bénéficiaire du care. Mascha Madörin montre, dans la ligne des travaux de Baumol (1967), que les gains de productivité sont limités dans ce type d'activités qui, pourtant, représentent une proportion toujours plus grande des emplois. Sur le plan économique, ce transfert des emplois vers les secteurs des services à la personne où la productivité du travail est plus limitée (transfert que l'on peut observer en Suisse, aux États-Unis et dans de nombreux autres pays), implique de garantir des salaires élevés, afin de favoriser le pouvoir d'achat des travailleuses et des travailleurs actifs dans ce domaine et de maintenir le niveau de consommation globale.

Pierre Gobet défend une conception exigeante de la « qualité du care », fondée sur un rapport aussi symétrique que possible entre le prestataire et le bénéficiaire. Il insiste sur l'interdépendance et la solidarité qui nouent les deux parties d'une relation de care et souligne les effets pervers qui peuvent découler d'une vision par trop déséquilibrée de cette activité, qui mettrait l'accent sur la vulnérabilité de la personne dépendante. Dans

cette perspective, trois conditions sont identifiées en vue d'assurer un care de qualité: la nécessaire relation de confiance entre prestataires et bénéficiaires, l'accent sur les ressources des bénéficiaires plutôt que sur leurs besoins ou leurs déficiences, la qualification formelle des prestataires plutôt que l'appel à la vertu ou à des qualités innées. La conception défendue dans ce texte implique une approche située ou contextualisée de la « qualité du care », qui ne saurait se résumer aux standards formels des approches qualité, mais pourrait bien mieux se déployer dans des cercles de qualité mettant en dialogue les perspectives des diverses parties prenantes.

26 David Fuehrer s'interroge à propos de la pertinence des outils de mesure actuellement mobilisés dans le travail social. Il suggère une autre manière d'évaluer ce travail fondée sur une posture réflexive extrêmement exigeante, débouchant sur un récit détaillé qui met en évidence la place très importante du care dans le travail social. Il montre ainsi que les tâches des travailleuses et des travailleurs sociaux ne sont pas linéaires et qu'elles tendent à se superposer, il est donc très difficile de les évaluer selon une logique de productivité classique qui met l'accent sur le produit fini et sur la linéarité des processus de production. David Fuehrer illustre ainsi à quel point les exigences managériales reposant sur un découpage du travail social en tâches successives bien délimitées, apparaissent comme très largement déconnectées des réalités du terrain. Le care, pourtant omniprésent dans le travail social, n'y trouve pas sa place. En conclusion, l'auteur insiste sur la très grande exigence de la démarche présentée dans son texte, exigence qui la rend difficilement répliquable à grande échelle. De même, il exprime des doutes sur la possibilité qu'une telle démarche suffise à convaincre les décideurs et les décideuses politiques (trop souvent obnubilé·e·s par les évaluations chiffrées) de l'utilité du travail social.

Natalie Benelli se demande pourquoi le care et les travailleurs et les travailleuses du care sont dévalorisé·e·s. Elle pointe plusieurs explications possibles telles que la déqualification du savoir-faire des femmes dans le monde professionnel (sous le prétexte fallacieux que ces savoir-faire découleraient de qualités innées acquises dans la sphère privée) ou la position inférieure des femmes dans les rapports de travail. Les analyses mettant en lumière la complexité des compétences mobilisées par ces travailleurs et ces travailleuses, complexité qui ne saurait être maîtrisée par le seul recours aux compétences acquises via l'expérience familiale, ne suffisent

pas à remettre en question la dévalorisation des activités de care. L'accent mis sur la dimension relationnelle ne serait pas non plus un levier probant pour la reconnaissance des qualifications liées à ces activités et Natalie Benelli y voit plutôt un danger pour leur professionnalisation. Par contraste, l'action collective des travailleuses et des travailleurs actifs dans ces secteurs apparaît comme une solution plus prometteuse et elle est invoquée comme une condition nécessaire de la revalorisation du care, avec le risque toutefois que celles et ceux qui ne parviennent pas à déployer de telles actions collectives (notamment les moins qualifié·e·s et les travailleurs et les travailleuses migrant·e·s), ne soient confiné·e·s dans un statut précaire et dévalorisé.

Olivier Giraud et Barbara Lucas examinent les conditions d'exercice du care pour les proches aidant·e·s et les professionnel·e·s et les bénévoles du social et de la santé. Leur contribution montre que la nécessaire revalorisation sociale et politique du care passe par une reconnaissance adéquate du travail effectué par chacune de ces parties prenantes (ce que leur texte démontre en s'appuyant sur le cas de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). À défaut d'une telle reconnaissance, les relations entre ces diverses actrices et ces divers acteurs seront caractérisées par la présence de nombreuses tensions, notamment à propos de leurs compétences respectives, de leurs statuts et de leurs capacités décisionnelles et des investissements affectifs qu'ils et elles déploient dans le cadre de la relation aux personnes dépendantes. Olivier Giraud et Barbara Lucas mettent en lumière deux conditions indispensables à la reconnaissance adéquate du travail de chacune de ces parties prenantes: la mise sur pied d'espaces de communication et de médiation et l'instauration de conditions structurelles adéquates (en termes de moyens financiers, de personnel, de formation, etc.).

Les textes rassemblés dans ce volume apportent ainsi des éclairages pertinents sur la place qu'il s'agit de laisser à la vulnérabilité et à la fragilité et sur la manière dont il convient de concevoir la solidarité dans nos sociétés en mutation. Ils ne veulent pas apporter des réponses définitives ou clés en main, ce qui serait illusoire, mais contribuent à ouvrir un débat nécessaire et invitent toutes les parties concernées à y prendre une part active.

PREMIÈRE PARTIE

DÉFIS POLITIQUES,
ÉCONOMIQUES
ET MANAGÉRIAUX
DU CARE

LA PORTÉE POLITIQUE DU CARE EN DÉBAT

Marie Garrau

Récemment apparu dans le débat public européen¹, le concept de care a fait l'objet de nombreux travaux de recherche dans les pays anglo-saxons depuis le début des années 1980. Suscitées par la parution du livre de Carol Gilligan, *In a Different Voice* (1982)², qui peut être considéré comme fondateur de l'éthique du care, ces recherches ont progressivement pris un tour plus sociologique et politique avec les travaux de Joan Tronto et la publication, en 1993, de son livre *Moral Boundaries*.

31

- 1 On doit l'introduction du concept de care dans le débat public français à Martine Aubry, qui y a d'abord fait allusion dans un entretien accordé au site Mediapart et daté du 2 avril 2010, avant d'y revenir dans une tribune parue dans *Le Monde* le 15 avril 2010.
- 2 Une nouvelle traduction est parue en français en 2009 sous le titre *Une voix différente. Pour une éthique du care*, trad. française d'Annick Kwiatek, revue par Vanessa Nurock, et éditée aux Champs Flammarion. Le travail de Gilligan s'inscrit dans le champ de la psychologie morale, son but est de mettre en évidence l'existence chez les sujets d'une manière d'aborder les problèmes moraux traditionnellement dévaluée par les théories du développement moral dominantes dans son champ. C'est cette manière d'aborder les problèmes moraux, ou cette orientation morale, que Gilligan nomme l'éthique du care et qu'elle distingue de l'éthique de la justice. C'est donc d'abord dans une perspective descriptive que l'éthique du care a été étudiée par Gilligan, avant que sa portée normative ne soit interrogée dans le cadre de démarches de philosophie morale et politique.
- 3 La traduction française est parue en 2009, sous le titre *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, trad. française d'Hervé Maury, aux Éditions La Découverte.

*A Political Argument for an Ethic of Care*³. Selon nous, ces travaux mettent en évidence la portée ou la dimension politique du concept de care: non seulement ils montrent que ce concept donne à voir autrement certains rapports sociaux et certaines pratiques sociales, mais ils indiquent aussi qu'un tel concept peut permettre de placer au premier plan du questionnement sur ce qu'est une société juste des problèmes traditionnellement considérés comme marginaux dans le champ de la philosophie politique et suggérer des orientations normatives pertinentes pour penser autrement l'organisation sociale.

32 Cependant, force est de constater que cette portée ou cette dimension politique semble être fréquemment sous-estimée, quand elle n'est pas explicitement déniée, lorsque les théories du care sont présentées ou abordées, que ce soit dans l'espace public – comme ont permis de le voir les réactions au mieux sceptiques, au pire hostiles qui ont entouré l'introduction du terme dans le débat politique français au printemps 2010 – ou dans le champ académique – où un certain nombre de débats, relatifs notamment aux rapports entre care et justice, semblent parfois dupliquer de manière simplement plus sophistiquée les réactions qui se sont fait entendre dans l'espace public. Nous voudrions rappeler ici quelle a été la teneur de ces réactions et montrer qu'elles se fondent sur une série de malentendus concernant le concept de care, qui s'expliquent en partie par le caractère complexe de ce dernier et la variété des approches, hétérogènes et parfois conflictuelles, que l'on range sous la catégorie de théories du care; nous indiquerons ensuite quelles sont, parmi ces approches, celles qui nous semblent mettre en évidence de la manière la plus pertinente la portée critique et politique du concept de care et dans quelles directions elles invitent à poursuivre la recherche.

LES THÉORIES DU CARE FACE À LEURS DÉTRACTEURS: RETOUR SUR QUELQUES OBJECTIONS

Pour mémoire, on peut rappeler et commenter les réactions publiques et académiques qui ont suivi la montée en puissance des théories du care dans l'espace public français au printemps 2010. Une première réaction, visible dans les champs médiatiques et politiques, a consisté à disqualifier d'emblée la problématique du care comme un « truc de bonnes femmes »

ou une « nunucherie »⁴. Ironiquement, cette réaction classique qui consiste à réduire le care à une affaire de femmes est précisément ce que Carol Gilligan analysait dès le début des années 1980 sous le thème de la disqualification de la « voix différente »⁵, et ce que Joan Tronto a quant à elle critiqué à travers la mise en évidence des frontières morales qui délimitent et structurent le champ des débats moraux et politiques⁶. Réduire le care à une affaire de femmes revient en effet, et dans un même mouvement, à entériner la division genrée des dispositions morales et du travail de care mise en évidence par ces deux auteures, et à nier que la perspective du care puisse avoir une portée générale, concerner l'organisation de la vie commune et le rôle que chacun y joue. C'est aussi refermer d'emblée la possibilité d'un dialogue avec les approches du care, reléguées au rang de l'affect et du domaine privé. Tout en confirmant paradoxalement le diagnostic porté par les théoriciennes du care sur la division genrée du travail et du travail moral, une telle réaction se fonde manifestement sur une ignorance du corpus des théories du care. On ne la commentera pas outre mesure, mais on en retiendra en revanche que

33

- 4 C'est ainsi que Jean-Michel Apathie a qualifié la problématique du care dans un billet commentant la tribune d'Aubry et posté sur son blog le 15 avril 2010 (Apathie, 2010).
- 5 Le propos de Gilligan dans *Une voix différente* ne se limite pas en effet à décrire ce en quoi consiste la voix différente en laquelle s'exprime l'éthique du care. Il soumet aussi les théories classiques du développement moral à la critique en montrant que leur incapacité à rendre compte de l'éthique du care comme une perspective morale propre repose sur un biais genré implicite, en raison duquel la perspective du care est systématiquement disqualifiée comme perspective morale (Gilligan, 2009, pp. 17-46).
- 6 L'originalité de la démarche de Tronto vient en effet de ce qu'elle cherche à analyser les raisons de la disqualification de la perspective du care constatée par Gilligan. C'est dans ce cadre qu'elle introduit la notion de « frontière morale ». Les frontières morales désignent des représentations, sous-tendues par l'organisation de la vie sociale et politique, qui empêchent de considérer le care comme une perspective morale propre. Tronto en dégage trois : la distinction entre morale et politique, qui rend les arguments moraux inaudibles dans le champ politique conçu comme lieu d'opposition des intérêts ; la représentation du point de vue moral comme un point de vue rationnel, neutre et impartial, qui exclut que la morale puisse être contextuelle et reposer sur les affects autant que sur la raison ; enfin, la distinction des sphères privée et publique, qui relègue le care au rang de préoccupation privée et en fait conjointement une préoccupation féminine – la sphère privée étant définie comme la sphère « naturelle » des femmes (Tronto, 2009, pp. 33-38).

qui rendent compte de l'identification conjointe de la perspective du care à une éthique privée et à une éthique féminine font preuve d'une résistance qui indique la nécessité de continuer à les soumettre à la critique.

Parmi les réactions entendues, on a également trouvé l'idée selon laquelle le concept de care ne ferait que nommer différemment des objets depuis longtemps analysés sous d'autres vocables en France et en Europe, en capitalisant sur l'effet de légitimité produit par le recours à la langue anglaise. Là, ce qui était implicitement ou explicitement critiqué était le fait que la terminologie anglo-saxonne servait simplement à remettre à la mode des idées anciennes ; mais au-delà, pouvait être exprimée l'idée selon laquelle le concept de care et les théories qui l'emploient pourraient n'apporter rien de neuf au débat. Cette objection a pu être énoncée aussi bien dans l'espace public que dans le champ académique, et cibler aussi bien le care comme perspective morale que le care comme ensemble de pratiques. Dans l'espace public, on a ainsi pu faire valoir que le care en tant que valeur sociale n'était pas sans rapport avec l'idée de solidarité ou l'institution de l'État providence (Kosciusko-Moriset, 2010 ; Valls, 2010). Dans le champ académique, on a pu souligner que ce qui était analysé par certaines sociologues américaines sous le nom de « pratiques de care » ou de « travail de care » avait depuis longtemps fait l'objet de travaux et de réflexions dans le champ féministe sous les rubriques de travail domestique ou de travail de service (Fraisie, 2010). Le constat de ces recoupements a pu servir à disqualifier l'intérêt de la perspective du care pour renouveler la pensée sociale et politique en suggérant l'inutilité d'un dialogue avec les théories du care. Mais rien n'indique qu'un tel constat doive nécessairement fonctionner de la sorte⁷. Si l'on met entre parenthèses la visée de disqualification avec laquelle il est parfois allé de pair, il ne nous semble d'ailleurs pas dépourvu d'intérêt pour ceux et celles qui voient dans le concept de care un outil de réflexion sociale et politique utile, et ce, pour deux raisons. D'une part, il invite à ouvrir un questionnement sur les rapports entre les théories du care et d'autres traditions théoriques européennes plus anciennes ou contemporaines, telles que la tradition solidariste, mais aussi le féminisme radical ou maté-

7 Ainsi, des féministes ont à l'inverse, et bien avant les débats de 2010, pris acte des rapports entre théories du care et approches féministes du travail pour soutenir l'intérêt analytique du concept de care (Cresson et Gadrey, 2004).

rialiste tel qu'il s'est élaboré en France. D'autre part, il nous alerte également sur les effets de recouvrement ou d'effacement que peut produire le recours à certains concepts ou à certaines traditions théoriques au détriment d'autres, et peut nous obliger ainsi à expliciter à la fois le point de vue depuis lequel on se situe et les raisons pour lesquelles ce point de vue nous semble approprié. Cette objection conduit, autrement dit, à mettre au premier plan de la réflexion la question du choix de penser certains objets sous le concept de care et ce qu'apporte de plus ou de différent la perspective du care par rapport à des approches alternatives.

Enfin, dans les réactions suscitées par l'émergence de la problématique du care en France, on a trouvé l'idée, plus complexe, selon laquelle le care constituerait un concept écran. Cette idée a pu être orchestrée de plusieurs manières. En premier lieu, le care a pu être identifié comme un appel aux bons sentiments visant à pallier plutôt qu'à critiquer et à transformer les conditions sociales d'existence actuelles – cette réaction a été très présente dans les commentaires des lecteurs et des lectrices aux articles de journaux en ligne qui présentaient les théories du care. En faisant un pas de plus, on a pu considérer que le concept de care était un concept politiquement dangereux, car il empêchait justement de mettre en question ces conditions sociales d'existence et d'interroger les logiques qui en rendent raison. L'idée d'une politique du care était alors dénoncée comme étant au mieux cosmétique, au pire idéologique. Enfin, dans un registre similaire, mais d'une manière plus spécifique cette fois, on a pu objecter aux théories du care de se saisir d'objets, par exemple les relations de service à la personne, en faisant abstraction, voire en masquant les rapports de domination qui les définissent et les structurent. Cette dernière version de l'objection, énoncée notamment depuis une perspective féministe⁸, contestait ainsi l'insistance des théoriciennes du care sur la dimension morale des pratiques de care, insistance qui ferait écran à la perception de ce qui se jouerait véritablement dans de telles relations, en l'occurrence, de nouvelles formes de servitude.

8 C'est la position de Geneviève Fraisse. D'une manière plus nuancée, c'est aussi cette inquiétude que semble exprimer Elsa Dorlin, dans un article de 2005 figurant dans l'un des premiers ouvrages parus en France sur le care (Dorlin, 2005, pp. 87-97).

Dans ces réactions négatives, le care a été dénoncé tour à tour comme un non-concept, comme un concept inutile, enfin comme un concept idéologiquement douteux. Dans tous les cas, c'est l'idée selon laquelle la perspective du care pourrait nous aider à éclairer, à comprendre et à transformer la manière dont nos sociétés sont organisées – autrement dit l'idée selon laquelle le concept de care serait doté d'une pertinence critique et d'une portée normative – qui a été mise en cause et accueillie avec scepticisme, voire avec hostilité. Bien sûr, on pourrait se contenter de répondre à ces objections qu'elles reposent sur un malentendu, voire sur une mécompréhension des enjeux et des finalités que se donnent les théoriciennes du care. Qu'il y ait de tels malentendus, que ces derniers soient rendus possibles par les modalités d'importation d'un concept forgé dans un contexte étranger, il y a trente ans et qu'ils soient perpétués par la difficulté que nous avons à traduire en français le concept de care, est sans doute exact. Cependant, il nous semble qu'il n'est pas non plus possible de se contenter de répondre à ces objections en renvoyant leurs auteurs et leurs autrices à leur incompréhension ou à leur ignorance. Si l'enjeu est de défendre l'intérêt de la perspective du care, notamment dans les champs de la philosophie politique et de la sociologie, il nous semble que la meilleure réponse à faire à ces objections est de les prendre au sérieux et de tenter de dégager ce qui fait l'intérêt théorique et politique du concept de care.

36

RÉPONDRE AUX OBJECTIONS : DE LA REMISE EN PERSPECTIVE AU PROGRAMME DE TRAVAIL

Pour cela, il nous semble que plusieurs questions doivent être posées, parmi lesquelles on peut mentionner les suivantes : dans quelle mesure le care est-il irréductible à une perspective morale, faite d'attention et de sollicitude, que l'on pourrait mettre en œuvre dans les relations interpersonnelles et plus particulièrement dans les relations avec les proches ? En quoi les théories du care peuvent-elles nous permettre de voir autrement certaines pratiques sociales, les contextes dans lesquelles elles s'effectuent, les problèmes spécifiques qu'y rencontrent leurs acteurs et leurs actrices ? Quelles perspectives ouvrent les théories du care quand il s'agit de repenser l'organisation de nos sociétés, la manière dont les besoins

des citoyen·ne·s y sont définis et pris en compte? Enfin, y a-t-il un sens, et si oui lequel, à parler de « politique de care » ou même de « société du care »? Ces idées impliquent-elles de faire abstraction des rapports de pouvoir à l'œuvre dans le corps social, ou peuvent-elles ou contraire nous conduire à modifier radicalement notre façon d'appréhender le champ politique, son fonctionnement et les valeurs susceptibles de permettre sa transformation?

Sans chercher ici à répondre à ces questions, qui ouvrent un programme de travail conséquent, nous voudrions simplement faire quelques rappels susceptibles de les remettre en perspective. Les questions que soulève la perspective du care, parmi lesquelles figurent celles que nous venons de rappeler, sont sans aucun doute nombreuses. Ce qu'il importe cependant de noter, c'est que les réponses qui leur ont été apportées sont loin de faire consensus au sein du champ théorique complexe et varié que l'on résume sous l'étiquette de « théories du care ». Car le champ du care est bien un champ complexe et mouvant, au sein duquel se côtoient des positions théoriques, mais aussi des approches disciplinaires différentes. Prendre la mesure de cette complexité est sans doute important pour rendre compte des objections qui ont été adressées aux théories du care et leur répondre. C'est pourquoi nous rappellerons ici brièvement la manière dont les approches du care se sont développées et quelles sont, selon nous, les mieux à même de mettre en évidence la portée politique du concept de care.

C'est d'abord dans le champ de la psychologie du développement moral, qui analyse sur la base d'enquêtes empiriques la manière dont les sujets font l'apprentissage progressif du raisonnement et des concepts moraux, que la perspective du care s'est développée, avec le travail de Carol Gilligan. Dans *Une voix différente*, Gilligan (2008, 38-45) part du constat que les théories dominantes du développement moral⁹ présupposent une conception déterminée de l'agir moral, qu'elle décrit sous le terme d'éthique de la justice. Dans la perspective de l'éthique de la justice, l'action morale implique que l'agent apprenne à se référer à des

9 L'analyse de Gilligan se fonde principalement sur un examen de la manière dont Lawrence Kohlberg, qui a été son collègue à l'Université de Harvard, a thématiqué le développement moral en s'inscrivant dans la lignée de Jean Piaget (Gilligan, 2008, pp. 38-45).

principes moraux abstraits et universellement valables, et à concevoir autrui ainsi que lui-même comme des sujets autonomes; par suite, l'action morale prend la forme du respect des droits individuels que les agents possèdent également, en vertu de leur commune autonomie. Or, selon Gilligan, cette manière d'appréhender le développement moral conduit à méconnaître, voire à disqualifier, une autre manière de poser les problèmes moraux et d'y répondre. C'est cette orientation morale, ou cette « voix différente », principalement, mais pas exclusivement portée par des femmes, que Gilligan nomme l'éthique du care. Plus qu'au respect des droits, les agents qui la mettent en œuvre accordent une importance centrale à la responsabilité pour autrui, considéré comme une personne singulière et située dans un contexte particulier qu'il importe de prendre en compte pour agir moralement. Bien agir consiste alors à percevoir et à répondre aux responsabilités qui naissent de nos relations avec les autres et à maintenir le réseau de relations dans lequel on s'inscrit, afin que chacun·e puisse y faire entendre sa voix ou son point de vue. Pour

38 Gilligan, le care désigne cette attitude faite de sollicitude et d'attention à autrui, qui permet de percevoir les responsabilités qu'on a à son égard et d'y répondre de manière appropriée, en tenant compte de la singularité de sa situation. Loin de supposer de la part de celui et de celle qui le met en œuvre une abnégation ou un sacrifice de soi au profit d'autrui, elle requiert l'apprentissage d'une autonomie que Gilligan pense non pas comme indépendance, mais comme capacité à faire entendre sa voix propre dans le cadre de ses relations avec les autres.

Dans son livre, Gilligan montre que cette orientation morale est traditionnellement disqualifiée par les théories dominantes du développement moral. Quand elles en reconnaissent l'existence, elles y voient en effet le signe d'une incapacité des agents qui la mettent en œuvre – le plus souvent des femmes – à se référer à des principes universalisables, à faire des distinctions morales claires, enfin à atteindre l'autonomie et l'impartialité requises par l'exercice du jugement moral. Contre cette disqualification, Gilligan souligne la nécessité pour la théorie morale d'admettre une extension et une complexification du domaine moral, de manière à reconnaître dans les perspectives du care et de la justice des perspectives différentes, mais également importantes. Dans la mesure où l'éthique du care est plus fréquemment mise en œuvre par des femmes,

Gilligan conçoit en outre sa démarche comme une manière de permettre à celles-ci d'être reconnues comme des agents moraux à part entière.

Le travail de Gilligan a rapidement soulevé un certain nombre de questions et d'objections¹⁰, que les travaux qui se sont développés ultérieurement ont tenté de résoudre en mettant en œuvre des démarches différentes. Dans le champ de la philosophie morale, des tentatives ont été faites pour préciser ce en quoi consistait l'éthique du care et pour en mettre en évidence la valeur propre, approfondissant ainsi la distinction opérée par Gilligan entre la perspective morale du care et la perspective morale de la justice. Ces tentatives ont parfois pris des accents différentialistes fortement prononcés. C'est notamment le cas chez Nel Noddings (1984), dont le travail a contribué à durcir l'opposition entre éthique du care et éthique de la justice et à diffuser l'idée, absente du travail de Gilligan, selon laquelle l'éthique du care serait une orientation morale naturellement féminine. Cette thèse a été critiquée pour son essentialisme de genre et pour son aveuglement quant aux facteurs sociaux de la division sexuée du travail et du travail moral (Hoagland, 1990). À juste titre, certaines théoriciennes féministes ont soutenu que la défense de l'éthique du care comme éthique naturellement féminine était préjudiciable à la fois aux femmes – car elle risquait de perpétuer leur confinement à la sphère privée en même temps que la division traditionnelle des dispositions morales –, et à l'éthique du care, dont l'importance pour tous risquait d'être diminuée par une telle identification.

39

Reprenant la question des raisons de l'association empirique entre éthique du care et genre, laissée ouverte par Gilligan, un certain nombre de travaux se sont également développés dans le champ de la sociologie en prenant pour objet non pas le care en tant qu'attitude éthique, mais le care en tant que travail et ensemble de pratiques sociales visant à prendre soin des autres (Abel et Nelson, 1990; Glenn, 1992, 2000). Dans ce cadre, le concept de care a été utilisé pour décrire et analyser des pratiques prenant pour cadre des relations irréductibles à des relations entre proches, telles que les relations de soin aux jeunes enfants, aux personnes

¹⁰ Pour une synthèse des objections adressées au livre de Gilligan, on peut se reporter au collectif dirigé par Mary-Jane Larrabee, *An Ethic of Care. Feminist and Interdisciplinary Perspectives* (1992), qui regroupe des articles parus peu après la publication d'*Une voix différente*.

âgées ou malades, les relations de service ou les relations entre travailleuses et travailleurs sociaux et bénéficiaires de l'aide sociale. En déplaçant l'accent de l'attitude éthique aux pratiques sociales de care, ces travaux ont grandement contribué à faire sortir le concept de care des champs de la psychologie et de la philosophie morales dans lesquels il avait d'abord émergé; ils ont également permis d'ouvrir l'interrogation, encore disputée, concernant les relations entre pratiques de care, dispositions affectives et dispositions morales, qui tourne autour de la question de savoir si les pratiques de care impliquent nécessairement un engagement affectif de la part des dispensateurs et des dispensatrices, et la mise en œuvre de dispositions morales; enfin, ils ont permis de souligner le point auquel les différents contextes sociaux et institutionnels dans lesquels les pratiques de care sont effectuées pouvaient favoriser ou au contraire empêcher l'effectuation d'un care adéquat.

40 Les approches du care en termes de travail ou de pratique sociale ont ainsi contribué à faire du care un objet et un outil de réflexion pour la philosophie politique et non seulement morale. Dans le champ de la philosophie politique, l'interrogation sur le care s'est développée dans deux directions distinctes. La problématique du care a d'abord été intégrée dans le cadre d'approches normatives centrées sur la question de la société juste, de sa définition et de ses principes. Rompant avec l'idée d'une opposition entre les perspectives du care et de la justice, plusieurs théoriciennes, au premier rang desquelles Eva Feder Kittay (1999) et Martha Nussbaum (2006), ont cherché à mettre en évidence les problèmes posés par l'oubli de la question du care dans les théories libérales de la justice, notamment la théorie rawlsienne. Parallèlement, elles ont soutenu que toute théorie de la justice était vouée à demeurer incomplète ou instable si elle ne parvenait pas à incorporer les apports des théories du care. Selon elles, toute théorie de la justice doit être capable de justifier une provision adéquate de care aux membres de la société. Chacune de ces auteures a ainsi cherché à accorder une place centrale à la question du care dans sa réflexion sur la société juste: Nussbaum en définissant le care comme un opérateur majeur de l'acquisition des capacités humaines centrales, autrement dit, de l'accès des citoyens à une égale liberté réelle; Kittay en proposant de compléter les deux principes de justice rawlsiens par un troisième principe de justice, fondant une distribution sociale

équitable du care et justifiant le soutien de la collectivité à celles et à ceux à qui revient la tâche de prendre soin des autres.

L'apport des travaux de Kittay et de Nussbaum est ainsi de montrer que la question du care doit être appréhendée comme une question politique et pas seulement morale: tant la provision adéquate de care que la répartition du travail de care soulèvent des problèmes de justice sociale, c'est pourquoi toute théorie de la justice devrait s'employer à justifier la provision équitable du care et la reconnaissance des dispensateurs et des dispensatrices de care. En raison de leur approche principalement normative cependant, ces travaux laissent partiellement en suspens une question qui nous semble centrale. Tout en soutenant que le care constitue un bien premier au sens rawlsien, soit un bien que chacun devrait désirer car il est nécessaire à la poursuite des fins individuelles, ils ne nous disent pas véritablement pourquoi le care n'est pas considéré comme tel dans les sociétés libérales et démocratiques contemporaines; s'ils constatent que le care est généralement absent des théories consacrées à la juste organisation de la société et relégué à tort au rang de problème privé plutôt que commun, ils ne cherchent pas à rendre compte des raisons de cette marginalisation et des mécanismes qui en permettent la perpétuation. C'est pourquoi on peut considérer que la proposition de Nussbaum et Kittay demeure insuffisante: faire du care une question politique à part entière ne requiert pas seulement qu'on montre que son oubli dans les théories libérales de la justice conduit celles-ci à demeurer aveugles et à ne pas pouvoir remédier à certaines injustices dont nos sociétés sont le lieu; cela implique également d'analyser la manière dont sont concrètement mises en œuvre les pratiques de care dans de telles sociétés, afin de déterminer ce qui, dans leur fonctionnement et dans leur organisation, fait obstacle à la reconnaissance du care comme un enjeu de justice sociale.

C'est justement parce qu'elle place cette question au centre de sa réflexion que l'approche de Tronto se différencie des approches de Kittay et de Nussbaum, et peut être considérée comme une seconde voie permettant de placer la question du care au centre de la réflexion politique. Comme Kittay et Nussbaum, Tronto cherche en effet à démontrer le caractère fallacieux de l'opposition classique entre éthique du care et éthique de la justice. Mais plutôt que de rompre avec cette opposition sur le mode du dépassement, en intégrant à une théorie de la justice les

apports d'une éthique du care conçue comme son complément, Tronto opère cette rupture sur le mode d'un double déplacement : elle souligne d'abord que l'importance politique de la perspective du care ne pourra être reconnue tant que l'on n'aura pas rendu compte des raisons théoriques, mais aussi historiques et sociales, pour lesquelles les perspectives du care et de la justice ont été et continuent d'être opposées et hiérarchisées ; elle montre ensuite que cette reconnaissance suppose de rompre avec la définition traditionnelle du care conçu comme sollicitude ou soin adressé à un sujet particulièrement vulnérable, laquelle masque la centralité et, surtout, la complexité sociale des activités de care.

42

L'idée directrice de Tronto est ainsi que la reconnaissance de l'importance sociale du care, conçu comme perspective morale et ensemble de pratiques sociales, ne peut être décrétée par le théoricien politique. Elle implique plutôt d'analyser et de faire la critique des mécanismes qui président à la disqualification du care, dans le champ théorique, mais aussi dans le champ social, et de redéfinir le care de manière à montrer qu'il s'agit d'un bien commun dont chacun de nous dépend. Le travail de Tronto se déploie par conséquent sur deux axes, dans lesquels le care est convoqué à la fois comme objet et comme outil de la réflexion politique : à la généalogie de la disqualification du care comme perspective morale, qui se prolonge dans une analyse de sa marginalisation comme ensemble de pratiques sociales, succède une redéfinition du concept de care, devant permettre d'opérer la critique de ces dernières et de penser les normes et les modalités d'organisation d'une société qui prendrait le care au sérieux. Tronto (2009, pp. 55-95) montre ainsi que la disqualification du care comme perspective morale est inséparable de la transformation de l'organisation sociale et des représentations des rapports entre morale et politique dont les sociétés occidentales ont été le lieu depuis le XVIII^e siècle : la séparation des sphères domestiques et économiques, le confinement des femmes à la sphère privée et la définition du citoyen en référence à l'indépendance acquise dans la sphère économique rendent compte de l'identification du care à une éthique féminine uniquement adaptée aux relations entre proches. Selon elle, ces transformations ont contribué à reléguer les questions « qui prend soin des autres et dans quelles conditions ? » hors du champ des questions intéressant la communauté politique dans son ensemble.

Pour contrer cette marginalisation, Tronto propose de rompre avec la conception sentimentaliste et dyadique du care qui prévaut généralement, y compris dans les approches qui tentent de revaloriser le care comme perspective morale ou comme pratique sociale. Selon elle, la définition du care comme attitude attentionnée envers autrui n'est pas fautive, mais restrictive, et cette restriction constitue à la fois le symptôme de la disqualification du care comme perspective morale et le vecteur de sa marginalisation hors du champ politique. En empêchant de voir l'omniprésence du care dans la vie sociale et le fait que chaque citoyen en dépend sous une forme ou sous une autre, cette définition fait obstacle à la reconnaissance du care comme enjeu politique et ne permet pas que soit posée la question pourtant décisive des modalités d'organisation et de répartition des activités de care. Tronto redéfinit ainsi le care comme une activité visant à répondre à un besoin et centrale pour le développement des subjectivités, le maintien de la cohésion sociale et la perpétuation du monde commun (Tronto, 2009, pp. 141-153). Elle soutient que les activités de care, loin d'être individuelles et locales, relèvent de processus sociaux complexes composés de différentes phases et impliquant une coordination entre des acteurs et des actrices intervenant à différents niveaux du processus. Pour que les activités de care soient effectuées de manière satisfaisante et répondent adéquatement au besoin qu'elles visent à satisfaire, ces différentes phases doivent être intégrées dans un processus cohérent, et les acteurs et les actrices qui y participent doivent mettre en œuvre des dispositions morales spécifiques, correspondant à la phase du processus à laquelle ils et elles sont impliqué-e-s. La première phase est celle de l'identification du besoin auquel il s'agit de répondre et repose sur l'attention à autrui; la deuxième phase est celle de la prise en charge ou de la définition des modalités devant permettre de répondre au besoin, et elle implique l'acceptation d'une responsabilité; la troisième phase, qui correspond aux représentations traditionnelles du care, est celle du soin ou de la réponse effective au besoin et elle implique le déploiement d'une compétence; enfin, la dernière phase est celle de la réception du soin, durant laquelle c'est l'adéquation de ce dernier au besoin qui est évaluée – elle repose ainsi sur la réceptivité des dispensateurs et des dispensatrices de care à celles et ceux qui en bénéficient.

En insistant sur le care comme pratique sociale complexe irréductible à une relation de face-à-face, nécessitant de la coordination et de la planification, et pouvant être le lieu de conflit entre acteurs – notamment quant aux questions de la définition des besoins, de l'identification des bénéficiaires, de la détermination des modalités de réponse – l'approche de Tronto permet de souligner deux points. Le premier est que nous sommes tous toujours pris dans des processus de care, ou que nous dépendons nécessairement du care d'autrui, que nous le reconnaissons ou non. Cette idée la conduit à remettre en cause l'idée selon laquelle il y aurait d'un côté les individus autonomes, indépendants du care d'autrui, et de l'autre, les individus vulnérables, dépendants du care d'autrui (Tronto, 2009, pp. 211-215); elle lui permet de souligner que l'autonomie et la vulnérabilité se composent de manière variable tout au long de l'existence, et d'élaborer sur cette base une critique vigoureuse des formes de stigmatisation et de réification touchant les personnes manifestement dépendantes du care d'autrui, qu'il s'agisse des personnes malades, des personnes âgées ou des bénéficiaires de l'assistance¹¹. Pour Tronto, ces formes de stigmatisation découlent d'une assimilation problématique de l'autonomie à l'indépendance, que la mise en évidence des multiples formes de care dont dépend chaque individu doit justement conduire à abandonner.

44

Le second point que permet de mettre en évidence la conception du care élaborée par Tronto découle immédiatement du premier : il consiste à montrer que l'organisation des activités de care dans les sociétés libérales et démocratiques contemporaines fait écran à la reconnaissance du fait que le care constitue un bien commun. Non seulement les activités de care sont dévalorisées matériellement et symboliquement, attribuées à des groupes sociaux subalternes et fréquemment effectuées dans des conditions précaires, mais les processus de care sont fragmentés, marqués par une absence de coordination et de délibération entre des acteurs qui ne se perçoivent pas nécessairement comme parties prenantes d'un processus de care. Classiquement, ce sont les personnes qui interviennent au niveau des deux dernières phases, celles de la réponse effective au besoin et celle de la réception du soin, qui sont considérées comme des

¹¹ Sur la stigmatisation des bénéficiaires de care et les risques afférents de paternalisme (Tronto, 2009, pp. 162-166).

acteurs et des actrices du care; en revanche, les personnes dont dépendent l'identification du besoin et la définition des modalités permettant d'y répondre ne se pensent pas nécessairement comme telles. Par conséquent, elles méconnaissent la manière dont leurs actions et leurs décisions influent en aval sur l'effectuation concrète du care et tendent à transférer la responsabilité de cette bonne effectuation sur ceux et celles qui sont chargé·e·s de le dispenser directement aux bénéficiaires. Ainsi, le directeur d'une structure hospitalière transférera sur le personnel soignant la responsabilité de la réalisation du care; au sein du personnel soignant, ce seront les infirmières et les aides-soignantes davantage que les médecins qui seront chargées de faire attention aux patient·e·s et de répondre à leurs besoins. Selon Tronto, ces transferts de responsabilité mettent en évidence les rapports de pouvoir dont les activités de care sont le lieu; elles permettent à certains acteurs de ne pas se sentir concernés par la manière dont le care est effectué, favorisant ainsi leur irresponsabilité, et compromettent finalement l'effectuation d'un care adéquat (Tronto, 2009, pp. 166-167).

Le travail de Tronto débouche ainsi sur la mise au jour de la contradiction suivante: bien que nous dépendions tous du care d'autrui, les activités de care sont organisées de manière inégalitaire et cette organisation empêche à la fois la reconnaissance de l'importance sociale du care et l'accès égal de chacun·e à un care adéquat. La répartition du travail de care comme les inégalités d'accès au care révèlent ainsi les multiples rapports de domination – de genre, de classe et de race – qui traversent les sociétés libérales et démocratiques contemporaines (Tronto, 2009, pp. 153-168).

Ces remarques suffisent à comprendre la thèse de Tronto selon laquelle le care est un concept à la fois moral et politique: il s'agit d'un concept moral dans la mesure où il subsume des attitudes et des pratiques – telles que l'attention, la responsabilité et le soin – qui sont nécessaires à la construction et au maintien du bien-être et de l'autonomie de chacun; mais il s'agit également d'un concept politique, car il permet de montrer ce que de telles attitudes et de telles pratiques doivent aux contextes sociaux dans lesquels elles sont mises en œuvre, et ce qui, dans ces contextes, favorisent ou empêchent leur déploiement. Dans la perspective de Tronto, le care n'est donc ni une affaire d'éthique personnelle ni une affaire de dispositions individuelles: si les activités de care supposent bien la mise

en œuvre de dispositions éthiques, elles dépendent d'un contexte social qui traduit l'importance collective qui leur est accordée, détermine l'acquisition différenciée des dispositions sur lesquelles elles reposent et contraignent les acteurs du care, en les plaçant dans des positions plus ou moins favorables à l'effectuation d'un care adéquat. De ce point de vue, le travail de Tronto ne se réduit donc ni à une défense de l'éthique du care ni à un plaidoyer en faveur d'un égal accès de chacun au care. Il invite plutôt à s'interroger sur les transformations sociales requises pour que les activités de care cessent d'être marginalisées, fragmentées et inégalement réparties selon des axes de genre, d'appartenance ethnique et de classe. Comme elle l'écrit à la fin d'*Un monde vulnérable*: « Se contenter de poser un idéal moral du care ne suffira pas à rendre le monde plus attentif; nous devons être capables de traduire cet idéal moral en pratique. Dès lors, morale et politique doivent interagir pour accomplir ce changement. (...) Dans notre culture, nous ne serons capables de transformer le statut du care et le statut de ceux qui font le travail de soin que si nous l'envisageons sous un angle politique » (Tronto, 2009, pp. 201 et 206).

46

Comme l'indique cet extrait, la conception du care de Tronto est donc dotée d'une portée à la fois critique et normative: d'une part, elle vise à mettre en évidence les positions inégales que chacun occupe dans les relations et les processus de care et cherche à montrer que ces inégalités préviennent l'accès égal de chacun au care autant que l'effectuation d'un care adéquat; d'autre part, elle fait signe vers l'instauration d'une société dans laquelle le care serait reconnu comme une valeur commune centrale et souligne que l'instauration d'une telle société requiert une double transformation sociale: transformation des représentations sociales, qui réduisent le care à un ensemble de dispositions féminines et d'activités privées réservées aux plus vulnérables et transformation des modes d'organisation sociale, qui transfèrent aux groupes sociaux les plus défavorisés la tâche de prendre soin des autres dans des conditions dégradées et précaires. Selon Tronto, la promotion des valeurs du care ne peut venir que d'une transformation des conditions sociales dans lesquelles les activités de care sont effectuées.

En ce point, on peut revenir aux différentes objections adressées au concept de care, et que nous avons rappelées dans la section précédente. Selon nous, la démarche de Tronto constitue une réponse convaincante à ces objections. Elle montre évidemment et d'abord que le concept de care est bien un concept, qui permet d'identifier et d'analyser un ensemble de pratiques sociales déterminées, qui sont très largement réservées aux femmes et aux groupes sociaux subalternes pour des raisons historiques et sociales qu'il s'agit de mettre en évidence pour mieux combattre une telle assignation. Le care n'est pas « un truc de bonnes femmes » : s'il est vrai que nous dépendons tous de l'attention et du soin des autres, proches ou non, le care relève d'un bien commun dont il faut critiquer la réduction à un ensemble de dispositions naturellement féminines autant que l'identification à des activités destinées à être mises en œuvre par les femmes. Cette réduction et cette identification sont l'effet inégalitaire de rapports de pouvoir historiquement constitués, que l'organisation des sociétés contemporaines permet de maintenir. Le care n'est pas non plus un concept inutile, dans la mesure où il permet d'analyser de manière critique l'organisation de nos sociétés, de mettre en évidence les rapports de pouvoir qui les traversent, ainsi que les représentations et les choix collectifs qui permettent le maintien de ces derniers. Enfin, il n'est pas non plus un concept idéologiquement douteux dans la mesure où les analyses qu'il permet d'opérer, loin de déboucher sur un appel aux bons sentiments et de reléguer les questions de justice sociale au rang de préoccupations secondaires, font signe vers l'instauration d'une société à la fois plus juste et plus attentive : comme le montraient déjà Nussbaum et Kittay, une société juste ne peut faire l'impasse ni sur la question de la juste répartition du travail de care, ni non plus sur celle de l'accès équitable à un care adéquat ; comme le souligne de son côté Tronto, une société attentive aux besoins de ses citoyens et à la manière dont ceux-ci sont considérés et pris en compte ne peut quant à elle advenir si se perpétuent les rapports de pouvoir qui empêchent les citoyens de se sentir également concernés par les questions de la répartition des activités de care et de l'accès de chacun à un care adéquat.

Finalement, s'il existe une objection pertinente aux théories du care, elle concerne bien davantage selon nous la question des modalités institutionnelles et politiques qui permettraient de progresser vers l'instauration

de cette société à la fois plus juste et plus attentive que les théoriciennes du care appellent de leurs vœux. Comment opérer la transformation des représentations et des formes d'organisation sociale qui perpétuent la marginalisation du care et empêchent l'accès égal de chacun·e à un care adéquat? Comment lutter contre ce que Tronto appelle la fragmentation des processus de care et les transferts de responsabilité inégalitaires que celle-ci rend possibles? Comment favoriser la reconnaissance commune des valeurs d'attention et de sollicitude que les théories du care placent au centre de leur réflexion? Si Tronto souligne bien l'importance de la mobilisation des principaux acteurs et des principales actrices du care, celles et ceux qui l'effectuent et ceux qui le reçoivent, afin de mettre au centre du débat démocratique la question des besoins des citoyen·ne·s, de leur identification et des moyens sociaux et institutionnels permettant d'y répondre, il est vrai qu'elle ne développe pas véritablement sa pensée en direction de l'élaboration d'une théorie politique du care. Ces questions méritent donc d'être posées et débattues de manière plus approfondie qu'elles ne l'ont été jusque-là, et doivent l'être en prenant appui sur les travaux empiriques qui, dans la lignée ouverte par Tronto, s'attachent à mettre en évidence l'influence des contextes sociaux et institutionnels existants sur la manière dont les activités de care sont concrètement effectuées. Mais que ces questions n'aient pas encore reçu de réponses convaincantes ne doit pas masquer l'apport des théories du care, qui est d'avoir montré que de telles questions, auparavant marginales, nous engageaient tous et devaient par conséquent être posées et résolues collectivement.

LES SERVICES À LA PERSONNE

UN DÉFI À RELEVER POUR L'ÉCONOMIE¹

Mascha Madörin

49

« *Le service domestique, ménage traditionnel ou soin du vulnérable, relève de l'ironie, ironie d'une question sociale difficile (servir ?), embarrassante (l'égalité des sexes...) et politiquement provocatrice.* » (G. Fraisse)²

Depuis une vingtaine d'années, le courant de l'économie féministe, sur la base de nombreuses recherches et débats, a progressivement élaboré des théories³ qui, en matière économique, considèrent le travail non rémunéré comme faisant partie intégrale de la production du bien-

1 Cet article est la traduction raccourcie d'un article allemand (Madörin, 2010a). Les coupures ont été effectuées avec l'autorisation de l'auteure et elles sont mentionnées dans le texte par le signe (...). Une version anglaise de l'article entier est consultable sur [www.maschamadoerin.ch].

2 Selon Geneviève Fraisse, qui publie un article dans le *Monde diplomatique* du mois de septembre 2011 intitulé « Mirage des services à la personne », ceux-ci constituent un défi posé à la société tout entière, bien au-delà de l'économie.

3 Cette discussion a commencé avec le débat marxiste sur le travail ménager. Marx considérait le travail non rémunéré comme faisant partie de la reproduction des travailleurs – un travail social nécessaire à la survie – qui partait de, et modifiait, l'analyse de l'accumulation capitaliste et la reproduction (cf. à ce propos, Molyneux, 1979). (...) C'est à la fin des années 1980 qu'un nouveau débat économique va intervenir, qui sera moins influencé par la théorie économique de Marx que par la théorie institutionnelle classique.

être et du niveau de vie. Une telle perspective amène à devoir affronter des questions nouvelles : par exemple, comment analyser la coexistence et l'articulation du « travail de soin » (*care work*⁴), rémunéré et non rémunéré, dans des contextes sociaux différents ? Quel rôle joue le travail non rémunéré pour le bien-être et le niveau de vie des gens et quel rôle joue l'économie des soins (*care*) rémunérés et non rémunérés ? Quels sont les changements que l'on peut observer aujourd'hui ?

Pour les économistes – surtout des femmes – qui se sont penché-e-s sur les relations de genre, un fait indiscutable est donc que le travail non rémunéré fait partie de l'activité économique et qu'il doit de ce fait être inclus comme partie intégrante des analyses de l'économie (Folbre, 1995 ; Himmelweit, 2001 ; Budlender, 2004 ; Power, 2004 ; Jochimsen et Knobloch, 2006). Au cœur de cette analyse féministe, on ne trouve pas seulement le « travail des femmes », mais aussi, de manière plus générale, le rapport entre les genres⁵, qui marque de son empreinte la « production » en matière de bien-être et de niveau de vie. (...).

50 Le défi dont il est question dans le titre de cet article consiste donc à développer une théorie de l'économie qui analyserait, globalement, la coexistence et l'interdépendance du travail rémunéré et non rémunéré ainsi que, de manière générale, le travail et la production qui y sont liés, ce qui n'est pas simple. Quiconque tentera l'expérience sera vite confronté au problème suivant : les théories économiques modernes – toutes traditions de pensée confondues – sont influencées par l'industrialisation de la production de marchandises⁶ et par les analyses de la croissance économique, du fonctionnement des marchés et du rôle de l'État, etc.,

4 N.d.l.r. : dans la suite de l'article, le concept « travail de soin » renvoie systématiquement à sa traduction *care work*, de même que celui de « soin » renvoie à *care*.

5 S'agissant des relations entre les genres, ce qui est caractéristique, ce n'est pas seulement que les femmes accomplissent considérablement plus de travail non rémunéré que les hommes, mais également que ces derniers soient, dans l'emploi, payés davantage – et comparativement mieux – pour leur travail que les femmes. On relève d'ailleurs une asymétrie notoire entre les femmes et les hommes : rémunérées ou non rémunérées, les femmes sont surtout impliquées dans le domaine des services à la personne, dont les soins font partie.

6 Pour Bien (2006, p. 27), la notion d'économie émerge simultanément avec l'expansion des marchés. C'est la raison pour laquelle poser l'expérience de l'industrialisation de la production de marchandises comme étant à la base des notions modernes de rationalité et d'efficacité est, à mon avis, plus pertinent pour expliquer les difficultés actuelles d'inclure les soins dans des concepts économiques. Mais il faudrait étudier cela de plus près.

qui y sont liées. Par conséquent, ce qui devrait relever de l'économie, mais se situe en dehors de ce qui est habituellement appelé « économie », a été analysé par la théorie dominante (« *mainstream* ») comme relevant des « questions sociales » et de domaines « non économiques ». L'économie féministe, quant à elle, a forgé les termes de « sphère de reproduction » ou de « production de subsistance » et elle revendique depuis une vingtaine d'années le dualisme entre l'économie et cette « autre économie », qui n'est pas « vraiment » de l'économie⁷.

En 2006, l'UNRISD (Institut des Nations Unies pour le développement social) a lancé un programme de recherche interdisciplinaire⁸ intitulé « L'économie politique et sociale des soins » (*Political and Social Economy of Care*) et se déroulant dans huit pays (Argentine, Nicaragua, Afrique du Sud, Tanzanie, Inde, Corée du Sud, Japon et Suisse). Le projet se fondait principalement sur le concept de « *Care Diamond* » qui propose, sous la forme d'un diamant stylisé, une illustration des soins rémunérés et non rémunérés dispensés, ainsi que du travail qui est accompli dans des contextes institutionnels très variés. Cette figure permet d'analyser l'ordre de grandeur, les rapports entre les genres et autres conditions socioéconomiques, sociopolitiques et institutionnelles qui caractérisent le « *Care Diamond* ». Ajoutons que l'intérêt de cette recherche – et son attrait pour une économiste – est son point de départ: en règle générale, ce que l'on trouve au centre d'autres analyses socioéconomiques, ce sont les comparaisons entre les régimes de protection sociale (*Welfare Regimes*) de différents pays ou entre leurs régimes hommes-femmes (*Gender Regimes*).

La manière dont nous abordons les différences et les liens entre l'« économie » et l'« autre économie » est une question éminemment théorique. Le point de départ de mon travail est, comme pour l'étude de l'UNRISD, le « travail de soin » rémunéré et non rémunéré⁹, qui renvoie à la différence entre « économie » et « autre économie », un concept esquissé par von Donath (2000).

7 Il ne s'agit pas ici de l'« économisation » du social tant décriée, mais de l'analyse de rapports d'échanges, d'exploitation et de domination et de leurs différences logiques économiques dans divers contextes institutionnels du travail et de l'activité économique.

8 Pour une discussion sur le caractère interdisciplinaire de l'approche, voir Shahra Razavi (2007), directrice de l'étude qui s'est terminée en 2010.

POUR LE MARCHÉ DANS LE CADRE DE L'ÉTAT

Dans son argumentaire sur « l'autre économie », Donath part d'une autre logique économique du processus de travail et de la productivité du travail qui y est liée, qu'il s'agisse d'ailleurs de soins rémunérés ou pas. En même temps, elle définit un secteur économique qui se donne pour objectif d'englober la « production et l'entretien des êtres humains » (*production and maintenance of human beings*). On se heurte là à des problèmes de définition, problèmes identiques chez Donath (2000) et Power (2004) qui, elle, parle de « *social provisioning* ». Par exemple, est-ce que le concept de « services sociaux » (*social provisioning*) comprend également la production de médicaments ou de repas cuisinés fournis par l'industrie alimentaire ? Quels sont les domaines du travail rémunéré qui font partie de cette « autre économie » ? Est-ce que le travail d'une vendeuse dans le commerce de détail, d'un coiffeur ou d'une docteure en fait partie ?¹⁰

52 Cet article aborde trois aspects de l'économie qui, selon moi, offrent des points de départ¹¹ pouvant conduire à une réflexion commune sur l'économie et l'« autre économie », ainsi qu'au développement des théories économiques féministes. Il s'agit, ce faisant, de particularités de la logique économique des processus de travail et d'échanges de services aux personnes,

9 (Note de la p. 51.) J'ai collaboré au projet suisse avec Nadia Baghdadi. Un rapport final doit être publié sous peu (Madörin, Schnegg et Baghdadi, 2012). (N.d.l.r. : l'auteur a également publié cet article (Madörin, 2010a) à la suite de ses recherches, ainsi que deux autres articles (Madörin, 2010b; 2011).

10 Ces questions sont fortement influencées par mes travaux de recherche dans le cadre d'une budgétisation spécifique au genre (*gender budgeting*) et dans celui de la recherche de l'UNRISD. Lors de ce travail, il convient d'avoir les quantifications nécessaires, ce qui soulève inévitablement la question de savoir ce qui est montré statistiquement et ce qui devrait et peut être utilement résumé dans les tableaux sous des rubriques d'analyse d'économies de care. Car tout l'appareil statistique de l'économie et des assurances sociales se fonde sur l'hypothèse que le niveau de vie et le bien-être ne sont produits que dans le secteur rémunéré, alors que c'est dans les ménages où l'on accomplit le plus de travail non rémunéré, qu'on consomme.

11 Moi-même je ne l'ai pas seulement utilisé dans la recherche de l'UNRISD mais également en lien avec les questions relatives à l'économie de la santé et l'analyse des budgets liés au genre (*gender budget*). L'analyse des conséquences des finances publiques sur l'économie des soins constitue un énorme défi théorique au plan technologique et économique (...). Pour pouvoir poursuivre le développement des théories, il faudrait également inclure les défis économiques du « travail de soin » : la « gestion des affaires » globale des ménages, des hôpitaux et de leur organisation du travail et des rapports entre les genres, la question du financement et des champs d'application des assurances sociales, etc.

d'ordres de grandeur de l'économie des soins et de leur importance pour l'économie¹², ainsi que de dynamiques économiques, étant donné que le travail lié aux soins ne cesse de prendre de l'importance.

SERVICES À LA PERSONNE EN TANT QUE PROCESSUS DE TRAVAIL ET D'ÉCHANGES

On ne sait pas très bien en quoi consiste le travail lié aux soins, ni quand le travail consiste à donner des soins. Pour certain·e·s auteur·e·s, le critère principal de définition est la « dépendance » par rapport aux soins prodigués par d'autres, dans le cas des enfants, des malades et des personnes en situation de handicap. L'élément essentiel, de ce point de vue, ce sont les concepts de « motivation altruiste » et de « responsabilité » à l'égard d'autrui qui contredisent le concept économique du « propre intérêt » à la base des théories de marché néoclassiques (...). Susan Donath (2000) ne considère toutefois pas la question de la dépendance comme étant déterminante : à ses yeux, le terme de « soin » englobe l'attention portée – et les soins fournis – à tous les êtres humains. Elle argue que tout le monde dépend de services de soins, même sur les postes de travail.

53

À des fins de comparaisons statistiques, le rapport de recherche d'UNRISD fait la distinction entre trois catégories qui se recoupent en partie : le travail non rémunéré, le « travail de soin » et le « travail de soin » non rémunéré. Le « travail de soin » est défini comme suit par Shahra Razavi (2007, p. 6) : il « implique des soins directs aux personnes, il peut être rémunéré ou non. Les personnes qui exigent des soins importants sont : les jeunes enfants, les personnes âgées fragilisées et les personnes atteintes de maladies diverses ou de handicaps. Cela dit, les adultes en bonne santé ont aussi besoin de soins et ils en reçoivent. Les soignants rémunérés comprennent les nounous, les assistantes maternelles, les infirmières et les travailleurs de soins dans les foyers pour personnes âgées et autres institutions ; ils peuvent travailler dans une variété d'institutions (publiques, du marché, sans but lucratif). La prise en charge directe des personnes (pour les baigner, les nourrir, les accompagner chez le médecin, les promener, leur parler et ainsi de suite) est souvent considérée comme

12 N.d.l.r. : cette partie n'a pas été traduite pour la présente version.

distincte des autres activités nécessaires, qui constituent les conditions préalables des soins à la personne, comme la préparation des repas, le shopping, la lessive des draps et des vêtements. Mais ces frontières sont arbitraires, d'autant plus que les personnes nécessitant des soins intensifs sont souvent aussi incapables d'accomplir ces tâches elles-mêmes. (...) Le « travail de soin » non rémunéré, c'est la prise en charge des personnes sans la moindre récompense monétaire explicite » (Razavi, 2007, p. 6). (...).

Dans cet article, on traitera moins de relevés statistiques de soins que de la description de la logique économique spécifique du processus de travail: qu'est-ce qui différencie le « travail de soin » des autres travaux? Maren A. Jochimsen commence son remarquable ouvrage, *Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science* (2003, p. 3), par la phrase suivante: « La prise en charge d'une personne consiste à établir un lien: avec d'autres êtres humains, l'environnement, soi-même, en tant qu'individu et membre de la société, consciemment, existentiellement et au fil du temps. » Jochimsen définit le concept de soins comme étant un concept général qui établit un lien entre la prise en charge des soins fournis et le monde, et qui analyse, à l'exemple des soins, les spécificités du processus de travail. Cependant, en ce qui concerne mes analyses, mon point de départ n'est pas le soin comme terme générique, mais le concept de « services à la personne » qui est proche des notions utilisées dans l'économie dominante (*mainstream economy*).

Une des grandes questions restées étrangères à la pensée économique actuelle consiste à se demander, d'une part, ce qui distingue un service à la personne d'autres services et de la production de biens et, d'autre part, comment on peut donner une connotation économique à ce concept. Tous les services ne sont pas égaux au niveau des processus de travail et d'échange. Tous les processus de production et de service impliquent une collaboration, c'est-à-dire des relations entre êtres humains, mais aussi des soins, comme le souligne Donath (2000) dans son article. Mais ici, il ne s'agit pas de relations personnelles et donc du « travail relationnel » qui leur est lié et qui existe dans toute sorte de collaboration, mais d'un service qui n'est pas possible sans contrepartie de celui ou de celle qui en bénéficie. De plus, on distinguera les services à la personne où les relations de personne à personne sont plus ou moins fortes et ceux où

le rapport de dépendance personnelle et/ou de besoins de base sont considérables. Les services aux personnes peuvent donc être non seulement plus ou moins vitaux, ils peuvent également être intimes à des degrés divers, être « proches » à différents niveaux. En dépit de ces différences, il y a un aspect qui est commun à tous les services à la personne : ils doivent être accomplis de manière tout aussi fiable, précise et ponctuelle que les travaux réalisés pour la production de biens, et ils doivent en même temps posséder une qualité supplémentaire, transmettre aux destinataires de la prestation un sentiment direct de bien-être et de satisfaction (Reich, 1992, p. 176; Hochschild, 1990). Une caractéristique importante de tous les services à la personne c'est, premièrement, que, contrairement à la production de biens et aux services qui ne sont pas liés aux personnes, les processus de production et de consommation ne sont pas séparés et ne peuvent pas l'être. L'échange se fait directement entre les entités – les prestataires et les destinataires – et pas par le biais du marché anonyme. Les relations interpersonnelles font partie du processus de travail et de l'échange économique. Le temps de travail qui y est consacré fait partie de la prestation (Hochschild, 1990; Himmelweit, 1995; Jochimsen, 2003). Deuxièmement, les activités de soins, tels les soins aux malades ou la prise en charge des enfants, sont caractérisées par un déséquilibre des pouvoirs entre les prestataires et les client·e·s, par un rapport de responsabilité et de dépendance entre le ou la prestataire et le ou la destinataire. Troisièmement, les travaux liés aux soins sont la plupart du temps de nature processuelle. Ces trois points sont brièvement présentés et illustrés ici à l'aide d'exemples tirés du secteur de la santé, mais des problèmes similaires se posent en matière de formation, de services-conseils et de travail social.

55

LES ACTIVITÉS DE SOINS IMPLIQUENT DES RAPPORTS DE « SUJET À SUJET », DU TEMPS POUR LES DISCUSSIONS ET D'AUTRES INTERACTIONS

Quand ma mère est entrée dans un EMS (établissement médicosocial) à presque 96 ans, elle a tout d'abord été choquée par le laconisme du personnel et elle s'est sentie très déstabilisée. Alors ma sœur et moi-même l'avons inscrite – à son insu – dans une catégorie de soins supérieure,

ce qui, étant donné sa condition physique, n'aurait pas forcément été nécessaire. Cela signifiait cependant qu'elle avait dorénavant davantage de contacts avec le personnel soignant. Ma mère a déclaré peu après l'introduction de cette mesure qu'elle était satisfaite de cette situation et que les soignant·e·s parlaient plus volontiers. Nous n'avons pas osé lui dire ce qui venait d'être décidé et encore moins combien cela coûtait en plus. L'élément essentiel de cet exemple, c'est que, d'un point de vue économique, les relations interpersonnelles, la bienveillance et un peu de temps de conversation exigent de l'énergie et un minimum de continuité dans les relations. Ce qui, dans le secteur non rémunéré, n'est peut-être pas considéré comme du travail, prend une dimension économique pour le travail rémunéré : cela prend du temps et ce temps doit être payé.

56 Tous les services à la personne, qu'ils soient prodigués par une femme médecin, une guide de montagne, un soignant, un travailleur social, une enseignante ou un éducateur de la petite enfance impliquent inévitablement des relations interpersonnelles et donc un « travail relationnel », c'est-à-dire des relations de sujet à sujet et non pas des relations de sujet à objet comme dans le cas de la production de biens ou autres prestations de service. Outre des compétences professionnelles, les compétences relationnelles et de communication jouent un rôle très important. Elles font – et c'est essentiel – partie de la prestation et partie de la qualité de cette prestation. Les mesures de rendement des prestations et leur standardisation ont donc des limites très strictes en matière de services aux personnes.

L'empathie et le souci des autres ont été depuis longtemps considérés par les économistes non féministes comme quelque chose de « non économique » et surtout attendu de femmes faisant du travail non rémunéré. L'altruisme exige du temps et de l'énergie. Le manque de temps peut, chez les (femmes) médecins, les infirmières, les infirmiers et les thérapeutes leur faire perdre cette motivation parce qu'ils ou elles ne peuvent plus travailler comme ils ou elles le souhaiteraient, parce qu'ils ou elles le jugent bon pour les patient·e·s et bon pour eux-mêmes ou elles-mêmes. Réciproquement, un traitement sera moins efficace si les patient·e·s se sentent manipulé·e·s. Par ailleurs, ce qui caractérise l'intersubjectivité du processus de travail, c'est qu'il faut une communication interpersonnelle pour savoir ce dont les destinataires d'une prestation de soins ont réél-

lement besoin. Des études antérieures menées en Angleterre ont, par exemple, montré qu'environ 85 % des informations nécessaires pour pouvoir poser un diagnostic médical provenaient des entretiens avec les patient·e·s, environ 7 % émanaient des examens physiques et environ 7 % de procédures de diagnostic techniques (Hart, 2006, p. 117). Pour réduire les coûts dans les secteurs des affaires sociales, de la santé et de l'éducation, tout tourne finalement, d'une part, autour de la réduction du temps consacré aux relations de travail et, d'autre part, autour de la répartition du travail et de la hiérarchisation des forces de travail, qui permettent une réduction de la somme consacrée aux salaires¹³.

QU'EST-CE QUE LA DÉPENDANCE D'UN POINT DE VUE ÉCONOMIQUE ?

Le simple fait que je sois tributaire de relations avec les autres, état que l'on pourrait décrire comme de la dépendance, ne servirait pas à grand-chose pour comprendre les particularités d'un aspect de l'économie des soins qui touche particulièrement à la prise en charge des enfants, les soins aux malades et aux personnes fragilisées. Dans tous les services aux personnes qui touchent à la sphère intime ou dans les secteurs où l'on manque nettement des connaissances nécessaires, comme c'est le cas des consultations dans les Bureaux d'aide sociale et dans l'administration des patrimoines privés¹⁴, la question de la différence de pouvoir est très importante. C'est une variante de la dépendance. Dans beaucoup de services de soins, on a affaire à une autre forme de dépendance, à savoir celle découlant d'un besoin essentiel. Faire la cuisine pour d'autres personnes ne crée pas en soi une grande disparité de pouvoir, bien que des repas quotidiens soient indispensables pour la survie. Au pire, je peux toujours faire la cuisine moi-même, je peux acheter des produits

13 Une psychothérapeute m'a raconté que, dans l'hôpital où elle a travaillé, la distribution du travail le matin se déroulait ainsi: « Qui veut encore un genou, une épaule, etc.? » On fait de plus en plus souvent la distinction entre le « traitement d'une maladie », ou de parties du corps qui sont malades, par du personnel qualifié et bien rémunéré et les « soins aux malades » prodigués par du personnel moins qualifié et moins bien rémunéré.

14 Qui est en mesure de comprendre vraiment ce qu'est un « produit structuré » ou un dérivé ?

précuits ou changer de restaurant – pour autant que j’en aie les moyens. Mais qu’en est-il des repas des enfants en bas âge ou des adultes qui, malades, ne sont pas en mesure de faire la cuisine eux-mêmes et dépendent donc d’un tiers qui puisse le faire pour eux tous les jours ? Les personnes malades peuvent, la plupart du temps, décider de manière responsable de ce qui devrait être fait, mais ne peuvent souvent pas tout faire elles-mêmes à cause de leur maladie. Dans le cas des enfants en bas âge, il s’agit non seulement des soins quotidiens, mais également de la responsabilité qui est endossée pour l’enfant.

Nous manquons de termes économiques différenciés pour décrire ces différents rapports de soins et de travaux de soins, notamment parce que, dans l’économie formelle, on part de l’hypothèse de base de la liberté de choix¹⁵, de l’autonomie de l’individu et de l’anonymat du processus d’échange. Or, pour de nombreux services à la personne, il en va de même que pour les travaux ménagers, à savoir la fluidité de la transition entre la fourniture d’un service, le travail de relation et la disponibilité physique et émotionnelle d’une personne, cette dernière étant elle-même une partie du service. Cette problématique ressort très clairement de la notion très contestée de « travail du sexe ». Il est difficile de dire d’où viennent vraiment ces transitions et quand elles sont devenues des rapports d’exploitation, d’assujettissement et de violation de l’intégrité physique et psychique d’une personne (Adkins, 1995 ; Enloe, 1989).

58

COMPLEXITÉ ET NATURE PROCESSUELLE DES SERVICES À LA PERSONNE

Un homéopathe indien, qui gagne sa vie comme physicien atomique et qui pratique l’homéopathie en Inde depuis des années, m’a raconté qu’il est inconcevable, pour lui, de demander le paiement d’un traitement homéopathique avant la fin du traitement. C’est contraire à l’éthique de

¹⁵ La liberté de choix est le seul droit humain qui figure dans l’économie néoclassique et donc dans les théories du marché. L’économiste et prix Nobel d’économie Amartya Sen a essayé de lier le concept néoclassique de la liberté de choix à la question : quelles sont les conditions économiques qui font qu’il existe, de fait, une liberté de choix ? La liberté de choix implique la possibilité réelle de pouvoir faire un choix (avoir, par exemple, de l’argent) et la capacité de pouvoir choisir (avoir, par exemple, des connaissances suffisantes et un accès aux prestations) (...).

demander de l'argent aux gens pour un traitement qui n'apporte pas de résultat ou qui ne fait qu'empirer le mal, donc ses patient-e-s le paient à la fin du traitement en fonction du résultat obtenu et de la manière dont ils et elles évaluent ses efforts. Les gens paient donc pour l'effet ressenti des traitements et pour les efforts que l'homéopathe a sincèrement manifestés, ainsi qu'en fonction de l'argent dont ils disposent. À ses yeux, le travail de l'homéopathe n'est efficace que si le traitement a réussi du point de vue du patient. Dans notre système de santé, une consultation médicale ou une prestation de soin est rémunérée, qu'elle ait été couronnée de succès pour le ou la patient-e ou pas.

Les théories du marché partent du principe que ce que j'achète est un produit fini qui a des propriétés uniques. Les prestataires ne fabriquent la marchandise (sur la durée) que si sa vente leur permet de couvrir les coûts de production et, si possible, en tirer un bénéfice. Les prestataires tenteront donc de produire de la manière la plus efficace possible, c'est-à-dire au coût le plus bas, et à investir dans les technologies appropriées. Les consommateurs et les consommatrices cherchent à acquérir un produit aussi bon que possible et au prix le plus bas. Le marché, selon la théorie dominante, ne sert pas seulement d'intermédiaire entre les producteurs et les consommateurs anonymes mais également entre un rapport optimal des coûts et des recettes (efficacité), du côté des entrepreneurs et des producteurs, et un rapport optimal du prix du produit et de son utilité (effectivité), du côté des consommateurs. Le « marché libre » sert d'intermédiaire entre des individus isolés les uns des autres qui décident librement, d'une part, et génèrent une production optimisée au plan technologique et économique, d'autre part. Selon ce qu'en dit la théorie (néoclassique), à travers le marché, les questions de l'efficacité et de l'efficacité sont reliées, les deux représentant une partie de la tarification. Mais s'agissant du traitement des malades, ce processus d'échange est beaucoup plus compliqué – en tout cas pour la théorie économique. Il convient d'abord de faire la distinction entre efficacité et efficacité. Il faudrait, ensuite, savoir à quel moment l'effet d'un traitement devrait être évalué ou mesuré, ce qu'on ne sait pas très bien. Enfin, il faudrait se demander qui évalue l'utilité pour les patient-e-s.

Les différences susmentionnées¹⁶ – ici entre la production de biens et les services à la personne – sont autant d’arguments importants qui sont remis en question dans les débats d’aujourd’hui portant sur l’économie dans les domaines de la formation, des services-conseils et de la santé (...).

SERVICES AUX PERSONNES RÉMUNÉRÉS : DYNAMIQUES

Si l’on peut, certes, produire des voitures toujours plus rapidement, il n’en va pas de même de l’éducation des enfants. En 1967 déjà, le célèbre économiste William Baumol a souligné de manière très perspicace le fait qu’il existe des branches de l’économie dans lesquelles les progrès de la productivité ne sont que très limités, parlant à leur propos d’une « maladie des coûts » (*cost disease*) (qui concerne, par exemple, les services aux personnes, l’art, les sciences). Selon les théories de l’économie de marché¹⁷, les salaires, dans les branches à faible productivité de travail (valeur ajoutée brute par heure de travail), comparés à ceux des branches qui génèrent une forte productivité du travail, devraient, par conséquent, être inférieurs. Mais ils ne le sont pas, parce que la tendance veut que le niveau des salaires soit adapté à celui des secteurs où le travail rapporte¹⁸.

60

À quoi il faut ajouter que, dans le cas de services à la personne propres aux domaines de la santé ou de l’éducation, par exemple, il s’agit de prestations qui, pour des raisons liées aux droits humains et sociopolitiques, ne peuvent pas être abolies, même si les salaires entraînent des coûts très élevés. Ce type de prestations ne peut être garanti pour la population

16 Ce ne sont pas les seules. Il faut y ajouter les rythmes irréguliers non maîtrisables dans le temps et non planifiables (lorsque, par exemple, un malade fait une crise et qu’il faut tout de suite réagir) et l’évolution de la maladie, que l’on ne peut pas prévoir dans le temps (Pour en savoir plus: Madörin, 2007).

17 Baumol s’appuie sur les théories du marché néoclassiques qu’il modifie.

18 Baumol justifie les salaires relativement élevés du fait qu’il s’agit, d’une part, de salaires versés par l’État dans les secteurs de la santé, des affaires sociales et de l’éducation et, d’autre part, qu’une disparité importante du niveau des salaires ne serait pas politiquement acceptable (voir également à ce propos Hartwig, 2005, 2007). Cela conduit, par exemple, à la disparition de restaurants ou de petits commerces parce que les gens ne veulent – ou ne peuvent – pas payer les prix élevés générés par les frais de personnel. Alors que, dans le domaine de la santé, les prestations de services doivent de toute manière continuer à être offertes, parce qu’elles le sont dans le cadre des institutions sociales de base de l’État (...).

dans son ensemble que si c'est l'État qui fournit ces services ou les subventionne. C'est la raison pour laquelle Baumol a préconisé, pour les économies développées, d'abord un transfert du travail du secteur « productif » vers le secteur ayant une productivité du travail plus limitée, ensuite une croissance des dépenses sociales à la charge de l'État et, enfin, un taux de croissance réduit du produit national brut¹⁹.

Comme l'indique le tableau de la page suivante, depuis 1991, on observe en Suisse un important transfert des postes de travail à des secteurs économiques moins productifs et partiellement financés par des fonds publics. Il convient surtout de relever l'augmentation des postes de travail dans le domaine de la santé et des affaires sociales. Les seules branches qui, surtout dès 2005, ont davantage progressé concernent le marché immobilier et les services aux entreprises. (...). Un pourcentage important des pertes massives de postes de travail dans le secteur de l'industrie a donc été compensé par le secteur classique de soins (santé, affaires sociales et éducation). Le tableau indique également une autre conséquence de la « maladie des coûts » décrite par Baumol: dans l'hôtellerie et le commerce de détail, les emplois ont fortement diminué en dépit de salaires traditionnellement peu élevés. Dans ce secteur, le coût des salaires constitue une partie importante des coûts de la production, alors qu'ils ne peuvent pas être diminués davantage et, faute de subventions de l'État, le nombre d'emplois rétrécit comme peau de chagrin un peu plus chaque année. Ce que le tableau ne montre pas, c'est que depuis 1991, les postes de travail (sans l'agriculture) ont globalement diminué pour les hommes de près de 125 000 postes équivalent plein temps, alors que celui des femmes a augmenté de 110 000 postes équivalent plein temps. Il s'agit d'une évolution qui a été également relevée aux États-Unis: au début de 2009, on comptait davantage de femmes que d'hommes qui exerçaient une profession – et cela pour la première fois dans l'histoire américaine (...).

61

19 On trouvera une récente présentation et une discussion de la pertinence des thèses de Baumol pour le développement des coûts de la santé dans les pays de l'OCDE chez Hartwig qui, dans une série d'articles, traite de la controverse suscitée par les thèses de Baumol (cf. KOF ETH [www.kof.ethz.ch]).

TABLEAU DES POSTES ÉQUIVALENTS À UN PLEIN TEMPS EN FONCTION
DES SECTEURS ÉCONOMIQUES EN SUISSE : 3^e TRIMESTRE 1991 ET 4^e TRIMESTRE 2007

	3 ^e trim. 1991 en 1000	4 ^e trim. 2007 en 1000	Changement 1991-2007 en 1000	en %
Secteur 2 (secteur de l'industrie et de la construction)	1212,4	974,9	- 237,6	-19,6
Secteur 3 (services)	2069,1	2289,6	220,5	10,7
Commerce de gros, commerce de voitures, réparations	266,1	260,3	- 5,9	-2,2
Commerce de détail, réparations <i>versus</i> biens de consommation	301,6	247,3	- 54,2	-18,0
Hôtellerie	209,9	182,5	- 27,4	-13,1
Transports et messagerie	221,5	218,6	- 2,8	-1,3
Intermédiation du crédit et des assurances	186,0	193,4	7,4	4,0
Immobilier; services aux entreprises	257,4	391,5	134,1	52,1
Administration publique; défense nationale, assurances sociales	126,1	149,6	23,5	18,6
Éducation	135,9	176,9	41,0	30,2
Santé et services sociaux	247,5	343,5	96,0	38,8
Fourniture de services habituellement publics ou personnels	117,1	126,0	9,0	7,6

Office fédéral de la statistique : statistique de l'emploi (STATEM) en ligne
(compilation Mascha Madörin).

Les thèses de Baumol se vérifient, du moins pour ce qui est de la structure de l'emploi en Suisse où on a enregistré un déplacement des emplois à fort rendement (« productifs ») de l'industrie au domaine de l'économie de soins subventionnés par l'État, avec une forte proportion de coûts liés aux honoraires et aux salaires (« maladie des coûts »). Cette évolution soulève de nouvelles questions, par exemple – pour n'en citer qu'une – celle qui concerne le paquet de relance économique qui fait actuellement l'objet de discussions ainsi que les mesures politico-économiques pour parer à la crise économique. D'abord, il s'agit de savoir quels secteurs de l'économie peuvent créer des emplois durables dans les économies très développées; ensuite il s'agit de se demander comment peut s'effectuer ce transfert des emplois sur le pouvoir d'achat de la population active et donc avoir des répercussions sur la consommation globale d'un pays. Tout porte à croire que les conséquences seront très différentes d'un pays à l'autre. En effet, la comparaison du revenu salarial moyen (médian) dans les secteurs de l'industrie et de la construction avec celui de la santé

et des affaires sociales présente des disparités considérables d'un pays européen à l'autre. En Suisse et aux Pays-Bas, en 2004, le salaire moyen dans les deux secteurs économiques était pour ainsi dire identique, alors que celui ayant cours dans les secteurs sanitaires et sociaux en Autriche et en France se situait beaucoup plus bas²⁰. Mais un déplacement des emplois du secteur de l'industrie sur les secteurs de la santé, des affaires sociales et de l'éducation, sans que les salaires baissent et que le taux d'emploi diminue, entraîne forcément une diminution du pouvoir d'achat de la population.

20 Cette comparaison a été faite dans l'étude de l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD) sur la Suisse: en Suisse, en 2004, le revenu brut médian de l'emploi dans l'industrie et la construction se situait à 99,6% de la valeur moyenne de toutes les branches de l'industrie, pour les services sanitaires et sociaux, à 96,3%. Aux Pays-Bas, les valeurs médianes correspondantes se situaient à respectivement 95,6% et 99,2%, en Autriche à 101,2% et 86,7%, en France à 100,6% et 89,2% (étude UNRISD sur la recherche en Suisse, rapport Report 2, non publié, les calculs se fondent sur les statistiques d'Eurostat).

LA QUALITÉ DU CARE

Pierre Gobet

La notion de care est proposée en 1982 par Carol Gilligan dans l'ouvrage *Une voix différente* (Gilligan, 2008). Elle est au centre de la critique féministe de la psychologie du développement moral de Lawrence Kohlberg qui atteste aux femmes un raisonnement moral généralement plus pauvre que celui des hommes. Particulièrement fructueuse, la notion de care a non seulement permis de porter un regard neuf sur les travaux du psychologue et pédagogue américain, mais elle a également contribué au renouvellement de la réflexion sur l'éthique, l'anthropologie, la philosophie politique et l'économie notamment. Dans les pages qui suivent, nous tentons de mettre à profit ce potentiel novateur pour la discussion sur la qualité dans les secteurs du care rémunéré et plus particulièrement dans celui de la santé.

Joan Tronto comprend le care comme un mode de relation au monde (Tronto, 2009). Elle laisse ainsi entrevoir la possibilité d'une relation à la qualité du care qui serait propre au care. Cette intuition est à la base de ce texte qui est guidé par la question suivante : la notion de care peut-elle fournir les bases d'une approche originale de la qualité des prestations apportées en milieu institutionnel ?

Au plan définitionnel, il est utile de distinguer deux formes génériques

de qualité: la qualité relative et la qualité absolue. La qualité informée par le care relève du second type. Elle préserve les acquis de la profession tout en intégrant ce qui fait la force de l'éthique du care: le refus de faire dépendre la dignité humaine de la raison. Conçue en adéquation avec la nature du care, elle constitue le point de vue sur la qualité propre aux professionnel-le-s de l'accompagnement et s'inscrit contre l'approche relative de la qualité, qui assimile le care à un produit industriel.

APPROCHES RELATIVE ET ABSOLUE DE LA QUALITÉ

66 Il est généralement attribué deux sens distincts au terme de qualité. D'une part, celui-ci désigne les traits essentiels d'une personne ou d'une chose, et peut être traduit par « propriété, caractère, attribut, propriété, apavage » (Haddad, Roberge et Pineault, 1997, p. 62). Ainsi, la qualité d'un diamant est donnée par sa couleur, sa pureté et la précision de sa taille. Avedis Donabedian, un des précurseurs du contrôle de qualité dans le domaine sanitaire, s'appuie sur cette définition lorsqu'il propose de considérer l'efficacité, l'efficacité, l'optimalité, l'acceptabilité, la légitimité et l'équité comme les attributs fondamentaux des soins (Donabedian, 1980 cité par Haddad, Roberge et Pineault, 1997, pp. 61-62). D'autre part, le terme de qualité renvoie à ce qui fait qu'une personne ou une chose soit appréciée, estimée, reconnue, recommandable. Il prend alors le sens de « mérite, vertu, perfection, excellence » (Haddad, Roberge et Pineault, 1997, p. 62).

Parce qu'elle admet que la qualité peut connaître des degrés différents, la première approche de la qualité est qualifiée de relative et évaluée au moyen de standards. Donabedian (2005, p. 702) distingue les « standards empiriques » des « standards normatifs » de qualité. Alors que les premiers sont établis sur la base de moyennes ou d'intervalles statistiques, les seconds reposent sur la légitimité de l'institution qui les énonce. La qualité est alors définie comme la distance entre une valeur de référence (le standard précisément) et la réalité empirique observée. Lorsque les deux grandeurs se recouvrent, les objectifs de qualité sont atteints. Donabedian (2005, p. 702) souligne que les valeurs de référence « peuvent être placées très haut et représenter les <meilleurs> soins [*médical care*] ou elles peuvent être placées à un niveau plus modeste signifiant

que les soins sont « acceptables » ou « adéquats ». Les différents niveaux de qualité sont ainsi disposés de sorte à former une échelle ordinale : plus le niveau de qualité est élevé, plus les standards correspondants sont exigeants.

Initialement développée dans l'industrie manufacturière (Haddad, Roberge et Pineault, 1997), la conception relative de la qualité s'inscrit dans le schème taylorien d'organisation du travail qui est décomposé en séquences élémentaires susceptibles d'être réalisées par un personnel peu qualifié dans des gestes simples et répétitifs. L'essor du *managed care* et de la nouvelle gestion publique contribue de nos jours à généraliser son application aux domaines de la santé et du social.

Lorsqu'elle est synonyme d'excellence, la qualité n'a pas de gradation : soit elle est donnée, soit elle fait défaut. On dira alors d'une prestation ou d'un bien qu'il est ou n'est pas de qualité. Pour cette raison, cette approche de la qualité est qualifiée d'« absolue » (Haddad, Roberge et Pineault, 1997, p. 62). La qualité apparaît alors comme le résultat d'un effort infini d'abonnissement, d'aspiration à la perfection. Elle caractérise ainsi la personne qui travaille plus encore que ce qu'elle fait.

67

LES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

L'échelle de qualité des soins offre un premier exemple d'une application de l'acceptation relative de la qualité. Introduit en Suisse au début des années 1980, le modèle distingue les soins optimaux, adaptés, sûrs (de routine) et dangereux¹. La promotion de l'approche relative participe d'un processus de normalisation visant à configurer l'activité sociale et sanitaire sur le modèle d'un bien manufacturé ou d'un service classique comme ceux que fournissent les banques, les assurances ou les services administratifs. La qualité (du bien ou de la prestation) apparaît alors, au côté de la productivité (du travail) et de la rentabilité (du capital), comme un des trois indicateurs de performance de l'entreprise (Du Tertre, 2009, pp. 3-4). Dans les grands centres hospitaliers, elle fait l'objet d'un

1 Voir Fiechter et Meier, 1981. Les trois standards de soins proposés quelques années plus tard par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) relèvent également de cette approche (ASI, 1989).

rapport spécifique qui vient compléter le rapport annuel de gestion.

Le travail soignant fait cependant aussi l'objet d'un contrôle fondé sur la forme absolue de qualité. Celui-ci n'a toutefois pas la perfection pour objectif, mais vise à prévenir des actes qui « ne doivent être justifiés ni tolérés sous aucun prétexte » (Association suisse des infirmières et infirmiers, ASI, 2010, p. 1), comme « la maltraitance physique ou psychique, l'abus de pouvoir ou la négligence dans les soins » (Académie suisse des sciences médicales, 2004, p. 15), c'est-à-dire toutes les formes d'abus exercé en milieu institutionnel par les personnels engagés directement dans la relation de care. Dans la perspective absolue, la qualité passe ainsi par un conditionnement de soi, pour le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de care. On attend, par exemple, que, lors de son entretien d'embauche, le « candidat [fasse] preuve d'une attitude de sollicitude envers les autres » (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2010, p. 2) ou encore, que l'infirmière « applique les principes de l'éthique professionnelle » et « clarifie son propre système de valeurs en regard des valeurs professionnelles déclarées » (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2007, p. 2).

LA NATURE DU CARE

Le care est généralement défini comme une activité combinant un service, tel que nettoyer, cuisiner, laver, panser, expliquer, et une inclination à l'écoute, une réceptivité à autrui. C'est « à la fois une pratique et une disposition » (Tronto, 2009, p. 145), qui peut être saisie par un *two-fold concept* (Jochimsen, 2003, p. 49), un concept à deux pans, qui reconnaît une double dimension au soin, l'une étant pratique ou instrumentale et l'autre émotionnelle ou motivationnelle et donc de l'ordre du sentiment. Pour qualifier ce genre de produit, les économistes parlent de service à la personne en le distinguant du bien et du service industriels sur trois points principaux. D'abord il est produit et consommé au même moment, de sorte que les deux processus sont inséparablement liés. Ensuite, la durée du travail en est une composante intrinsèque. Par conséquent, sa production ne peut être rationalisée sans qu'il ne change profondément de caractère. Finalement, il incorpore la relation interpersonnelle ainsi que les sentiments qui lui sont liés à l'échange économique (Haddad, Roberge et Pineault, 1997; Madörin, 2007).

Nancy Folbre et Thomas Weisskopf identifient six formes de motivations possibles au care. À les suivre, les incitations morales (l'affection, le sens des responsabilités) sont les plus solides. Moins mobilisatrices sont les motivations de nature économique fondées dans la recherche du bien-être des pourvoyeurs et des pourvoyeuses de *prendre soin* (le plaisir intrinsèque, l'attente d'une forme de réciprocité, une reconnaissance précisément définie). Enfin, les motivations établies sur la contrainte (crainte d'une punition) seraient les plus fragiles (Folbre et Weisskopf, 1998, pp. 174-179). Leur approche suggère toutefois que la motivation au care pourrait faire l'objet d'un choix intentionnel, comme si le souci de l'autre pouvait être géré, administré, ce que conteste Susan Himmelweit, qui, soulignant le caractère existentiel de cette activité, remarque que « ne pas prendre soin n'est généralement pas une alternative praticable » (Himmelweit, 2002, citée par Jochimsen, 2003, p. 69). Elle propose une approche pragmatique de la motivation qui, selon elle, n'est pas un pré-requis à l'acte de care, mais au contraire un produit de celui-ci. Par le soin, le pourvoyeur ou la pourvoyeuse se construit en tant que sujet capable d'écoute et d'engagement. L'activité soignante est ainsi un espace de formation de soi par l'ouverture à l'autre. Elle contribue au développement de la subjectivité, c'est-à-dire à la capacité d'une personne à être affectée par la situation de l'autre et, plus généralement, par ce qui l'entoure (Hubault, 2010; Lemke, 1997).

70

La sollicitude et l'empathie sont à la base de la motivation morale au care, la forme la plus stable de motivation au care identifiée par Folbre et Weisskopf. La sollicitude désigne l'intérêt préoccupé porté à une personne, alors que l'empathie renvoie à la capacité d'une personne à se mettre à la place d'une autre personne. Bien qu'ils soient distincts, les deux sentiments sont liés. Mais, demandera-t-on avec Tronto, sur quelles bases une personne accorde-t-elle ou refuse-t-elle les faveurs de ses prévenances? Autrement dit, quelles sont les limites du care? À ce propos, la théoricienne américaine relève que « la sollicitude est trop souvent décrite et définie comme une relation entre deux individus, le plus souvent entre une mère et son enfant » (2009, p. 144). Elle ne souscrit pas à cette acception étroite du care, qu'elle définit comme « une activité générale qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, réparer et perpétuer notre <monde>, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien

que possible » (2009, p. 143). Avec Tronto, le champ de la sollicitude est élargi non seulement à la sphère publique, extrafamiliale, mais également aux relations entre les personnes et les choses. Le care est un mode de relation de l'être humain à son environnement social et naturel, au monde en général. Il se présente alors comme le ferment propre à « fonder politiquement une société bonne » (Tronto, 2009, p. 36), une société du care.

LA QUALITÉ DU CARE

À notre connaissance, la question de la qualité n'est pas traitée explicitement dans la littérature sur le care. Mais, elle n'en est pas absente pour autant. Selon Tronto, le bon soin est en adéquation avec les besoins réels des récipiendaires du care. Toutefois, la caractérisation des besoins est incertaine. En effet, ces derniers relèvent, comme la soif, la douleur ou la peur, d'un « savoir par *acquaintance* » (Russell, 1910-1911), un savoir par contact, qui n'est pas directement accessible aux prestataires de soins malgré l'empathie qu'ils et elles peuvent montrer aux récipiendaires. Cette particularité amène Tronto à inclure la « réception du soin » dans le processus de care « parce que c'est la seule manière de savoir s'il a été apporté une réponse aux besoins de soin ». Par ailleurs, elle considère que « le care est proposé dans de bonnes conditions » lorsque les quatre étapes composant son modèle sont dûment intégrées (Tronto, 2009, pp. 149, 153). Pour sa part, Eva Kittay considère que le prendre soin ne peut être réduit à sa dimension instrumentale. À suivre son analyse, un travail de care de qualité demande que la pratique soit accompagnée d'une « disposition au care » (Kittay, 2003, p. 260).

71

Ces indications permettent de tracer les premiers contours d'une approche de la qualité propre au care. De Joan Tronto, nous retenons qu'un travail de care qui ne correspondrait que de manière approximative aux besoins des récipiendaires ne répond pas aux attentes qui lui sont posées. L'auteure suggère que le soin est de bonne qualité s'il est inconditionnellement tendu vers la satisfaction complète des besoins des récipiendaires. Cela renvoie ainsi à une conception absolue de la qualité: il ne peut y avoir qu'un « bon » care, d'un côté, et un « mauvais » care, de l'autre (Garrau et Le Goff, 2010, pp. 89-90). D'Eva Kittay, nous apprenons

que la qualité doit être conçue en adéquation avec la nature spécifique du care pour être saisie adéquatement. L'auteure donne ainsi à entendre que le soin est de qualité lorsqu'il n'est pas dénaturé.

Envisagée de cette façon, la qualité n'est pas un indicateur de performance. Elle rend visible l'altération du care. Celle-ci transparaît dans le malaise exprimé par les soignant·e·s qui se voient contraint·e·s de fournir des prestations auxquelles, pour une raison ou une autre, ils et elles ne peuvent s'identifier. Par exemple, le manque de disponibilité pour les récipiendaires peut être à l'origine de leur contrariété: « Deux heures après la mort d'un patient, la prochaine urgence est déjà dans la chambre. Je ne supporte plus cette vitesse brutale [...]. Je m'occupe volontiers de l'accompagnement de mourants, mais après j'ai besoin d'un moment de libre pour respirer » (Aktion Gsundi Gesundheitspolitik, 2011, p. 3). Le mal-être peut également provenir de l'ignorance délibérée des intérêts des récipiendaires: « Quand il n'est même plus possible d'assurer la toilette dans les règles de l'art, le travail tombe dans la falsification organisée. S'il manque une personne, les préposées [aides-soignantes au Québec] ont alors comme mot d'ordre de la hiérarchie que rien ne paraisse » (Marché-Paillé, 2010, p. 49). Prise en porte-à-faux entre ses exigences de qualité et la loyauté qu'elle porte à l'entreprise, la soignante « cache », « camoufle ». « C'est épouvantable! » résume l'une d'elles. Dans la perspective des professionnel·le·s de l'action sanitaire, l'intégrité du care est préservée lorsque leur intervention apporte une solution plausible aux problèmes identifiés et s'appuie de manière originale et créative sur les règles de l'art, c'est-à-dire quand elle est conduite en accord avec ce que Christophe Dejours (2003, p. 52) appelle les jugements « d'utilité » et de « beauté ».

La confrontation des conceptions de la qualité portées respectivement par le personnel et par la hiérarchie renferme la violence lancinante des conflits larvés. Elle peut affecter les soignant·e·s dans leur santé même: « J'ai investi mon énergie pour les patients, d'une part, et, d'autre part, pour améliorer les structures (...) j'y ai mis beaucoup de cœur et de force, jusqu'au *burn-out* » (Aktion Gsundi Gesundheitspolitik, 2011, p. 5). Le désappointement grandit encore quand il s'avère que la dénaturation du care n'est pas due à un dysfonctionnement du système, mais qu'elle cadre pleinement avec les objectifs du management: « Selon mon expérience

de longue date dans un hôpital de soins aigus, les attentes envers les infirmières ont continuellement augmenté. Ceci va de pair avec mon insatisfaction croissante, parce qu'une qualité de soin au sens de soins complets n'est plus possible et même plus souhaitée » (Aktion Gsundi Gesundheitspolitik, 2011, p. 5). Ou encore : « Je lui ai dit clairement ce que je pensais de cette flexibilité et ce que notre équipe avait traversé ces quatre derniers mois. On m'a répondu que c'était comme quoi il fallait que je sois moins perfectionniste » (Aktion Gsundi Gesundheitspolitik, 2011, p. 4).

La qualité informée par le care représente le point de vue des personnels soignants sur la qualité. Elle est absolue et rend compte de la nature à la fois objective et subjective de celui-ci. C'est pourquoi elle s'oppose à la qualité au sens relatif qui en gomme les particularités en l'assimilant à un produit industriel. Son caractère absolu n'implique cependant pas que les pourvoyeurs et les pourvoyeuses de care soit astreint·e-s à la perfection – à l'impossible nul n'est tenu –, mais reflète leur engagement conséquent pour préserver le sens de leur activité.

73

L'ARCHITECTURE DE LA RELATION DE CARE

L'éthique du care place la dépendance, et non pas l'autonomie et la liberté, au cœur de la vie humaine. Elle s'écarte ainsi des philosophies morales rationalistes, qu'elles soient déontologiques ou conséquentialistes, héritées de l'époque des Lumières. Pour cette raison, l'activité de care est parfois envisagée comme un « travail de la dépendance » (Garrau et Le Goff, 2010, p. 88). Elle se présente alors comme le soutien d'une personne forte envers une personne à la fois dépendante et sans défense, c'est-à-dire vulnérable. Les pourvoyeurs et pourvoyeuses de care, ces « travailleurs de la dépendance » (Jochimsen, 2003, p. 39), dominent sans partage une relation fondamentalement asymétrique.

Conçue de cette façon, l'activité de prendre soin pose deux difficultés majeures. D'une part, elle est peu attrayante. Pourquoi une personne devrait-elle s'occuper d'un être qui n'est pas un interlocuteur ou une

2 Nous pensons ici aux délits d'homicide perpétrés par le personnel soignant envers les résident·e-s âgé·e-s de maison de soins qui ébranlent périodiquement l'opinion publique en soulevant indignation et incompréhension.

interlocutrice convenable pour elle? D'autre part, elle invite à l'excès. Tronto relève à ce propos que « la vulnérabilité rend possibles toutes sortes d'abus face auxquels il nous faut rester vigilants » (Tronto, 2009, p. 182). C'est que la vulnérabilité n'est pas simple fragilité: une personne fragilisée n'est vulnérable que lorsqu'elle est exposée aux violences d'autrui. Il n'y a pas de vulnérabilité sans prédateur·trice.

Dans ce contexte, le care est estimable lorsqu'il est fourni par une personne motivée qui, de surcroît, n'est pas tentée de tirer avantage des faiblesses de l'autre. En somme, il est « bon » quand les pourvoyeur·euse·s se montrent capables de sublimer leurs intérêts égoïstes. La morale se propose alors comme le meilleur garant de la qualité du care. Se glissant dans le rapport de soi à soi, elle discipline les soignant·e·s de l'intérieur. Pour cette raison, Foucault y voit une « technologie de soi » (Foucault, 1984, p. 17). La sollicitude et l'empathie en sont les pièces maîtresses. Elles fondent la motivation au care et protègent les soignant·e·s d'eux-mêmes ou d'elles-mêmes en les exemptant de tirer avantage du déséquilibre de la relation de soin. La qualité du care se mesure alors à la présence ou à l'absence de ces deux sentiments.

74

La détermination morale de la qualité du care n'est toutefois pas sans ambiguïté. Elle suggère d'une part, que l'abus dans la relation de care est un acte nécessairement immoral. Pourtant, les cas d'abus majeurs sont souvent commis par des personnes d'une indéniable moralité, généralement dans le but de délivrer leurs victimes de leurs souffrances². Un comportement moral n'est donc pas nécessairement gage de qualité. D'autre part, l'appel au sentiment moral renoue avec une conception préprofessionnelle du soin où celui-ci « relève d'un travail de l'amour » (Garrau et Le Goff, 2010, p. 90) tandis que l'aptitude au soin repose, elle, sur un bouquet de vertus données par nature ou acquises par une formation de l'esprit qui relève plus du conditionnement et du dressage que de la transmission de connaissances.

Mais, les théoriciennes du care ne sont pas tenues d'aborder la dépendance comme un rapport de sujétion. Si, comme le suggère Susan Himmelweit (1995), la subjectivité se construit (aussi) au travers du care, la relation soignant-soigné n'est plus a priori asymétrique. La dépendance signale simplement que tout être humain a besoin de l'autre – tantôt comme fournisseur, tantôt comme récipiendaire de care – pour

construire son identité. Plus généralement, elle désigne les nécessaires attaches qu'entretiennent personnes et choses qui n'existent que par leur relation mutuelle. Ainsi déclinée, la dépendance est interdépendance. Dans le travail de *prendre soin*, elle marque cette solidarité qui lie les personnes qui partagent le même sort.

Sous ces prémisses, prestataires et récipiendaires du care donnent et reçoivent dans une relation à la fois réciproque et participative. Malgré ce rééquilibrage, les récipiendaires restent, bien sûr, fragiles, mais ils et elles ne sont plus vulnérables, car les prestataires ne sont pas stigmatisé·e·s par un comportement égoïste et intéressé susceptible de faire surface à tout moment. L'effort de qualité peut alors tendre vers un autre but : plutôt que de prévenir une détérioration du care par un conditionnement moral de l'être de ses pourvoyeurs et de ses pourvoyeuses, il peut s'attacher à son amélioration, visant à conférer au care le sens que les soignant·e·s, véritablement, lui prêtent. Pour cette raison, nous dirons que le care est porteur d'une conception positive de la qualité.

75

LA MESURE DE LA QUALITÉ DU CARE

La qualité informée par le care est sans doute difficilement mesurable, si mesurer signifie quantifier. En revanche, si le terme est compris comme l'opération visant à mettre en évidence, valoriser, aller à l'essentiel, alors une mesure du care est envisageable. Elle consiste alors à préciser ce qui rend cette activité appréciable, estimable ou recommandable.

Un care de qualité soutient le caractère réciproque de la relation de care et favorise la participation des récipiendaires au processus. Traduisant un postulat central du programme féministe, il ouvre en outre cette activité à tout un chacun, sans considération de sexe. Pratiquement, la qualité informée par le care s'apprécie à la confiance que s'accordent les partenaires, à l'attention conférée aux ressources et aux potentiels des récipiendaires dans le processus de care, ainsi qu'à un mode de développement de la disposition au care fondé sur des qualifications acquises au cours d'un processus explicite d'apprentissage et non pas sur des aptitudes apparemment naturelles ou sur un processus informel de socialisation.

UNE RELATION FONDÉE SUR LA CONFIANCE

Sollicitude et empathie ne rendent pas adéquatement compte de la structure interactionnelle de la relation de care parce qu'elles traduisent un élan qui n'engage que les pourvoyeurs et les pourvoyeuses de care. Dans une relation réciproque, les sentiments doivent être partagés. Également discutée par les théoriciennes du care (Baier, 1986), la notion de confiance se propose comme alternative.

La confiance s'établit sur l'expérience, le vécu de la personne appelée à faire confiance. Ses assises sont subjectives. À ce titre, il s'agit bien d'un sentiment. Cependant, à la différence de la sollicitude et de l'empathie, il ne s'agit pas d'un sentiment moral. Elle ne se développe pas par un travail opiniâtre sur soi à la manière des vertus grecques. Elle n'est pas plus don de Dieu ou don de la nature, à l'image des vertus qui fondent la disposition au care de l'infirmière religieuse, puis de l'infirmière laïque. Enfin, elle ne s'acquiert pas au cours d'un processus psychologique de maturation morale comme ceux que décrivent Kohlberg (Kohlberg, Levine et Hewer, 1983) ou même Gilligan (2008). La confiance qualifie la relation de care et non pas l'être ou le comportement des pourvoyeurs et des pourvoyeuses comme c'est le cas des sentiments auxquels elle se substitue.

76

La confiance n'est pas fondée sur la raison, au contraire, elle entre en jeu quand celle-ci fait défaut. La confiance, c'est ce que l'on mobilise dans les situations d'incertitude, c'est ce qui permet de se lancer dans l'inconnu, de se jeter à l'eau. Elle est une parade au manque de maîtrise (Hubault, 2010) et, à ce titre, elle est toujours prise de risque: « Accorder sa confiance, c'est se retrouver, volontairement ou pas, dans une position où on est davantage susceptible de souffrir par les autres; c'est leur laisser l'opportunité de faire du mal, tout en pensant, avec confiance, qu'ils n'en feront rien, sous prétexte qu'ils n'ont aucune raison de le faire » (Baier, 2005, p. 82). Puisque c'est risqué, personne ne prête sans autre sa confiance, il faut des garanties. Il s'agit pour cette raison d'un « sentiment inspiré » par la personne qui demande à en être investie (Dejours, 2010). Ainsi, la confiance ne s'établit pas dans un acte unilatéral. On ne l'accorde que si l'on y est invité.

L'invitation à la confiance est fondamentalement la promesse d'un engagement pour l'autre. La promesse repose sur le sentiment et l'émotion.

Ainsi, elle ne lie pas des êtres de raison et ne peut, par conséquent, pas être contractualisée, comme il ne peut être fait appel à l'obligation pour l'affermir. La promesse est aussi un pari avec soi-même, puisque la personne qui la fait est sans doute convaincue, mais jamais certaine, de pouvoir la tenir.

Dans la relation de care, chacun doit pouvoir croire en l'autre, sur la base d'une confiance réciproque. Les prestataires de soin inspirent la confiance des récipiendaires sur la base d'une promesse de disponibilité. Celle-ci n'est pas conditionnelle, du type « je passerai te voir si j'en ai le temps », mais catégorique, de la forme « je prendrai mon temps pour toi ». De leur côté, les récipiendaires du care suscitent la confiance des prestataires par une promesse de réceptivité au care. C'est une promesse exigeante, car elle ne se réduit pas à la simple disposition à recevoir les stimuli générés par le care, mais désigne la capacité à les éprouver activement, c'est-à-dire à ressentir les impressions qui émanent de cette relation, puis à établir la valeur du care en identifiant ses aspects positifs et négatifs, pour enfin restituer ce jugement dans la relation de care.

LA MISE EN VALEUR DES RESSOURCES ET DES POTENTIELS DES RÉCIPiENDAIRES

Joan Tronto tient l'inassouvissement des besoins « comme une dimension de la tragédie humaine » (Tronto, 2009, p. 184) parce qu'elle y voit un déni d'humanité. Pour cette raison, elle affirme que l'objectif du care consiste à « répondre à des besoins » (Tronto, 2009, p. 160). Elle définit les récipiendaires du care par leurs manques et leurs déficits. Pourtant, elle est sensible aux limites d'une approche par laquelle « ceux qui sont dans le besoin [...] sont conçus comme l'élément passif du processus [de care] » et soutient « qu'une analyse adéquate des besoins et des capacités nécessit[e] une compréhension du care comme processus actif, aux multiples facettes » (Tronto, 2009, p. 186). Tronto conçoit donc que le ou la récipiendaire du care puisse détenir des ressources et disposer d'un potentiel et suggère que le bon care doit s'attacher à les valoriser. Elle ouvre ainsi la voie à une conception « salutogénétique » du care (Antonovsky, 1987, 1993). Dans cette perspective, qui rappelle par certains aspects la théorie de la résilience, une personne sans ressources ne peut vivre et n'a,

par conséquent, pas de besoin. Besoins et ressources vont de pair. Ils forment les deux pôles d'un continuum sur lequel chacun se déplace tout au long de son existence, étant parfois plus, parfois moins dépendant.

Dès lors, le care de qualité ne se limite pas à compenser les carences des récipiendaires par une aide de nature supplétive. Par la valorisation des ressources et des potentiels des récipiendaires, la relation de soin s'établit comme un espace collaboratif au sein duquel fournisseurs et récipiendaires travaillent dans le même but.

UNE DISPOSITION AU CARE FONDÉE SUR DES QUALIFICATIONS

78

Privée de fondement rationnel, la confiance n'est pas intelligible. Par conséquent, elle ne s'apprend pas. En revanche, la pratique de la confiance peut faire l'objet d'un apprentissage au cours duquel les pourvoyeurs et les pourvoyeuses de care se prépareront à forger et à assurer les promesses, à lire celles qui leur sont faites et à juger de leur véracité. Plus généralement, ils et elles se formeront à identifier les conditions propres à rendre leur action plausible à leurs yeux comme à ceux de leurs vis-à-vis pour finalement savoir faire et inspirer confiance. Sous cette forme, une qualification à la confiance est possible et elle peut être intégrée au curriculum de formation des métiers du care. La confiance relève alors d'un savoir et d'un savoir-faire acquis dans le cadre d'une formation explicite, sanctionnée institutionnellement.

Dès lors que les récipiendaires sont perçus·e-s comme des sujets (fragiles) et non comme des objets de l'activité soignante, la question éthique liée au care se trouve profondément renouvelée. L'intervention des prestataires de care n'est plus dirigée vers un individu sans personnalité. Au contraire, c'est précisément, parce que les récipiendaires ne sont jamais totalement démunis de personnalité que le care est possible. Il n'est plus alors nécessaire de le protéger par l'élévation du sentiment moral des pourvoyeurs et des pourvoyeuses, qui doivent en revanche reconnaître la capacité des récipiendaires à être affecté·e-s. L'éthique du care prend alors la forme particulière d'une « éthique avocatoire » (Brumlik, 2004, p. 164), c'est-à-dire d'un parti pris des pourvoyeurs et des pourvoyeuses pour les récipiendaires.

L'ÉVALUATION DU CARE COMME SOUCI DE QUALITÉ

La qualité au sens relatif est établie par la confrontation de ce qui existe avec ce qui est attendu. Dans un environnement concurrentiel, elle permet de construire un classement (*ranking*) des établissements de soins en fonction du niveau de qualité ou du rapport qualité-prix des prestations offertes. L'approche de la qualité propre au care n'admet pas de telles comparaisons, car les résultats auxquels elle conduit n'ont de sens que dans la situation particulière dans laquelle ils ont été établis. Pour être toujours ancrée, toujours contingente, la qualité ne peut être rapportée à un standard ou un benchmark qui sont, eux, de caractère abstrait et universel. C'est pourquoi les analyses d'*outcome* et les questionnaires standardisés de satisfaction ne sont pas appropriés à une évaluation adéquate du *prendre soin*. L'approche de la qualité informée par le care privilégie le cercle de qualité. Conçu comme un outil d'auto-évaluation, celui-ci offre aux personnes engagées dans la relation de care l'espace et le temps de développer de façon reconnue, structurée et systématique un point de vue (Hubault, 2009) propre sur leurs pratiques.

79

Ancré dans la nature particulière du care, le travail du cercle de qualité pourrait se développer autour de questions comme: le care peut-il s'appuyer sur un sentiment de confiance? Comment celui-ci a-t-il été développé? Quelles promesses ont été faites à la personne nécessitant des soins et que s'est-elle promise à elle-même? Est-elle véritablement associée au suivi? Quelles sont ses ressources? Sont-elles proprement valorisées? etc.

Dans la perspective d'une qualité informée par le care, l'évaluation est une composante intrinsèque de l'activité soignante. Elle manifeste un souci de qualité que partage l'ensemble des personnes engagées dans le soin. Conçue comme une pratique réflexive, elle affecte les professionnel-le-s dans leur aptitude à sentir et à éprouver et, partant, dans leur subjectivité même. Elle peut alors soutenir un changement réel des pratiques, contribuant à renforcer la confiance que s'accordent pourvoyeurs, pourvoyeuses et récipiendaires de soins.

CONCLUSION

Entrée en vigueur en 1996, la Loi sur l'assurance maladie demande « que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible » (Art. 43, § 6 LAMal). Elle laisse toutefois les intéressé·e·s préciser ce qu'une qualité de haut niveau représente concrètement. Dans la période de croissance économique qui s'est ouverte avec la fin de la Seconde Guerre mondiale, on s'accordait pour y voir des soins optimaux, c'est-à-dire des soins intégrant les avancées médicales les plus récentes sans considération d'argent. Ce consensus va se fragiliser à partir du début des années 1980, avec l'introduction des premières réformes liées à la nouvelle gestion publique et au *managed care*. La question de l'acharnement thérapeutique contribuera également au discrédit de cet objectif. Aujourd'hui, l'aspiration à des soins optimaux paraît financièrement irréaliste et politiquement naïve. Désignant tantôt des soins adaptés, tantôt des soins sûrs, la notion de qualité de haut niveau n'a plus de contenu clairement circonscrit. On s'accorde plutôt sur le niveau de qualité en deçà duquel il s'agit impérativement de ne pas aller, à savoir les soins dangereux, qui, parce qu'ils représentent une atteinte à l'intégrité de la personne, relèvent du droit pénal.

La loi ne retient pas davantage une approche particulière de la qualité. D'un côté, elle favorise une conception relative de la qualité lorsque celle-ci est associée à un effort de maîtrise des coûts. Dans cette perspective, la qualité n'est pas un objectif en soi. Intégrée dans un calcul d'optimisation, c'est son rapport au prix qui est déterminant. Mais, à l'inverse, la loi voit aussi dans la qualité le garde-fou aux excès liés à l'impératif de réduction des coûts qu'elle ordonne (Eugster, 2001). Elle soutient alors une approche absolue de la qualité, qui se manifeste précisément par l'exigence d'une qualité de « haut niveau ».

Nancy Folbre relève que le « secteur du care est particulièrement susceptible [de rencontrer] des problèmes de qualité » (Folbre, 2006, p. 18). Selon elle, le manque de contrôle des pourvoyeurs et des pourvoyeuses de care sur leur environnement de travail, les difficultés liées à la mesure des résultats du care et l'assimilation des destinataires du care à des consommateurs et des consommatrices expliquent en grande partie ce phénomène. Le renforcement d'une approche de la qualité informée par le care participerait certainement à corriger cette tendance.

SECONDE PARTIE

LE TRAVAIL DE CARE
ENTRE QUALITÉ,
COMPÉTENCE
ET QUALIFICATION

A

- 1 Je remercie Marianne Modak et Françoise Messant des critiques constructives apportées aux versions antérieures de ce texte.
- 2 En Suisse, le secteur tertiaire rassemble désormais près de trois quarts des emplois (OFS, 2010).
- 3 Les personnes de 65 ans et plus passeront de 17% en 2010 à 24% en 2030 et 28% en 2060 selon les estimations de l'OFS. La proportion de personnes dépendantes atteint aujourd'hui 13% chez les 80 à 84 ans et 34% chez les 85 ans et plus. Dans la population des 90 ans et plus, une personne sur deux a besoin de soins (OFS et Obsan, 2011).

LA QUESTION DES QUALIFICATIONS DANS LES MÉTIERS DE CARE

Natalie Benelli¹

84

ides à domicile, assistant-e-s sociaux, aide-soignant-e-s, éducatrices et éducateurs de la petite enfance, psychologues, auxiliaires de vie, etc. : la tertiarisation de l'économie suisse², et des sociétés occidentales en général, s'accompagne de l'expansion considérable des emplois dans les domaines des soins, du travail social et des services directs aux personnes dépendantes. Cette expansion ne semble pas devoir s'arrêter dans le futur, étant donné, d'une part, le vieillissement constant de la population et l'augmentation des personnes dépendantes de soins qui en résulte³. D'autre part, la participation accrue des mères à un marché de l'emploi qui se caractérise par des modalités de travail de plus en plus flexibles se traduit, pour les familles avec de jeunes enfants, par la nécessité de recourir à des solutions individualisées en matière de garde, l'offre collective en ce domaine étant loin d'être suffisamment développée.

4 Parmi les employé-e-s dans les domaines du social et des soins, les 69 % étaient des femmes en 2000 (Madörin, 2007).

5 J'utilise les termes « travail relationnel » et « travail émotionnel » pour désigner la sollicitude, l'écoute, etc., dispensées par les employé-e-s du care en faveur des personnes prises en charge.

Les activités de prise en charge de la dépendance – généralement subsumées sous l'appellation « métiers de care » – se caractérisent par une grande diversité des domaines d'intervention, des tâches, des conditions de travail, des modes d'emploi, ainsi que des niveaux de qualification et de rémunération. Ces activités ont cependant en commun d'être majoritairement effectuées par des femmes⁴, de comporter une part importante de travail relationnel et émotionnel⁵ et de souffrir d'un manque de reconnaissance et de valorisation économique des savoir-faire nécessaires à leur accomplissement. Considéré comme un travail relevant de la reproduction de la vie au même titre que le travail domestique et familial gratuit, le care est en effet classé comme non productif par la pensée économique dominante, et cela malgré son rôle fondamental pour le fonctionnement de la société (Madörin, 2006). Le savoir-faire mobilisé pour exercer cette activité souffre de cette même dévalorisation économique, puisque l'on tend encore souvent à penser qu'il se déploie sans effort, soit parce qu'il serait d'origine vocationnelle, soit parce qu'il s'agirait d'une disposition naturelle propre aux femmes. De ce fait, l'on tend un peu rapidement à penser que c'est tout « naturellement » que les femmes se mettent à l'écoute d'une personne en détresse, tiennent compagnie à une autre, âgée, ou consolent un enfant en pleurs. Cette « naturalisation » touche surtout les compétences relationnelles mises en œuvre par les employé·e·s de care dans la prise en charge de personnes dépendantes, alors qu'elles sont partie prenante de la prestation fournie et essentielles pour un service de qualité (Madörin, 2007). Il est, en effet, difficilement imaginable de prendre soin d'une personne malade, assurer la garde d'un enfant ou conseiller une victime de violences sans mobiliser des compétences permettant de créer un lien de proximité avec ces personnes. Si les savoir-faire relationnels sont donc jugés essentiels pour effectuer ces activités, force est de constater qu'ils ne sont que rarement reconnus formellement dans le monde du travail, ni rémunérés à leur juste prix. Autrement dit, les compétences mises en œuvre dans le travail de care sont rarement traduites en qualifications professionnelles donnant accès à un salaire correct. Ajoutons que cette non-reconnaissance se manifeste différemment et comporte des enjeux variés selon le type d'activité et la position dans la hiérarchie professionnelle des métiers de care. Dans les professions qualifiées bénéficiant d'un certain prestige

social, comme celui d'infirmier et d'infirmière ou d'assistant et d'assistante social·e, l'enjeu consiste à faire reconnaître le care comme dimension essentielle de l'activité des professionnel·le·s. Celui-ci risque en effet de passer à la trappe au profit des actes administratifs et techniques considérés comme prioritaires dans le contexte actuel de restrictions budgétaires et d'incitations à la productivité. Pour les professionnel·le·s qui ne veulent pas renoncer au care dans leurs échanges avec les bénéficiaires, cela a souvent pour effet qu'elles et ils mettent en danger leur santé du fait de l'intensification du travail et de la surcharge mentale et physique qui en résulte (Modak, de Kinkelin et Benelli, 2008). Puisqu'il résiste, du moins dans sa forme idéalisée, à la mesure, à l'objectivation, à la standardisation et à la formalisation – comment mesurer et formaliser l'écoute, la sollicitude, le souci de l'autre? –, le savoir-faire relationnel semble en effet entrer en contradiction avec les efforts de professionnalisation dont ces métiers font l'objet. La dimension relationnelle des activités de care qualifiées est donc pour le moins ambiguë, puisqu'elle est à la fois revendiquée par les professionnel·le·s et redoutée.

86

En revanche, dans les métiers très féminisés situés au bas de la hiérarchie sociale – aide-soignant·e·s, aide-ménagères, aides à domicile pour personnes âgées, « mamans » de jour, etc. –, la reconnaissance du care est la condition de la survie matérielle des salarié·e·s, puisqu'il s'agit d'emplois souvent peu qualifiés, mal rémunérés et exercés à temps partiel. Pour ces salarié·e·s, des femmes la plupart du temps, la clé de leur survie consiste à s'opposer à la logique qui assimile ces activités au travail domestique et familial, dans le but de créer des emplois stables et bien payés leur permettant de pourvoir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Cela est d'autant plus important que cette main-d'œuvre aux conditions de travail et de salaire précaires est en augmentation. Reconnaître ces « petits bouts » du care est ainsi une des conditions pour éviter l'appauvrissement d'une part de plus en plus importante de la population active féminine.

6 Voir par exemple Dugué (1994), Dubar (1996), Zarifian (2001), Ughetto (2002).

Pourquoi les personnes actives dans les métiers de care ont-elles autant de difficultés à faire reconnaître les compétences relationnelles de leur travail ? Et pourquoi les activités de care sont-elles, aujourd'hui encore, considérées comme non productives, ce qui justifierait leur faible niveau salarial ? Les raisons sont multiples ; elles touchent à la position que les femmes en général occupent dans la division sexuelle du travail et à leur mode d'insertion dans le travail salarial, d'une part, et à la dévalorisation économique des activités considérées comme non-productives, d'autre part.

Dans cette contribution, je propose de présenter les pistes que les chercheuses féministes avancent pour expliquer cette dévalorisation généralisée. Je réfléchirai ensuite aux conséquences d'une telle analyse pour la reconnaissance des métiers du care, avec une attention particulière à leur dimension relationnelle. En guise de conclusion, je proposerai quelques pistes d'ouverture, en montrant la nécessité d'actions collectives pour améliorer les conditions de travail et de vie des salarié·e·s du care.

LA QUALIFICATION COMME PRODUIT DES RAPPORTS SOCIAUX

La définition des qualifications et, plus récemment, des compétences, ne font pas l'unanimité des sociologues. Sans entrer dans les débats en cours⁶, il me semble important de préciser les termes que j'adopte pour définir la qualification et pour évoquer les compétences mobilisées dans les métiers du care. J'utilise indistinctement les termes « savoir-faire » et « compétence » pour désigner les connaissances, aptitudes et qualités que les travailleuses et les travailleurs mobilisent dans l'exercice de leur activité, indépendamment de la manière dont elles ont été acquises (apprentissage dans la sphère privée, formation professionnelle sur le tas, formation formelle ou institutionnelle, expérience professionnelle, etc.). Ces deux termes désignent ce que les personnes « savent faire » et « font » pour accomplir les tâches qui leur sont assignées. En revanche, j'utilise le terme « qualification » pour désigner les compétences et les savoir-faire reconnus au niveau professionnel et, par conséquent, rémunérés. Les savoir-faire ne sont donc des qualifications qu'à condition d'être désignés comme tels par un employeur ou une employeuse. Autrement dit, les

qualifications n'existent pas en dehors de cette reconnaissance. Cela implique également qu'il n'existe pas de critère objectif pour déterminer quand et à quelles conditions un savoir-faire ou une compétence devient une qualification. Elle est le produit d'un compromis social (Naville, 1956) entre les salarié·e·s et leurs représentant·e·s (syndicats) d'un côté et les employeurs et les employeuses (patronat) de l'autre, à un moment historique et dans un contexte organisationnel donnés. Dans cette conception « relativiste et conflictuelle » de la qualification (Campinos-Dubernet et Marry, 1968) dont je m'inspire, la reconnaissance d'un savoir-faire en tant que qualification ne dépend donc pas de la nature et du contenu des tâches effectuées, ni des compétences objectivées et objectivables des travailleurs et des travailleuses, mais de leur pouvoir de négociation avec l'employeur ou l'employeuse.

88 Les réflexions sociologiques à propos de la qualification, y compris les approches relativistes qui la conçoivent comme le produit d'un rapport social, ont longtemps fait l'impasse sur les inégalités entre les femmes et les hommes dans ce domaine (Daune-Richard, 2003). Or, la littérature sociologique atteste du fait que les travailleuses ont plus de difficultés que les travailleurs à faire reconnaître leurs compétences et à monnayer les savoir-faire mobilisés dans l'exercice du travail, qu'il s'agisse d'ouvrières de l'industrie (Guilbert, 1966; Kergoat, 1978, 1982), d'employées de service (Benelli, 2011) ou de salariées du care (Doniol-Shaw, Lada et Dussuet, 2007). Les femmes subissent ainsi plus facilement la déqualification de leurs compétences dans le travail professionnel que les hommes. Cette observation est importante pour l'analyse des qualifications dans les métiers des soins, du social et des services directs aux personnes dépendantes, fortement féminisés.

LA DÉQUALIFICATION DES SAVOIR-FAIRE DES FEMMES : PISTES D'ANALYSE

La littérature féministe offre des pistes pour comprendre la non-recon-

7 Une autre piste que les féministes proposent pour expliquer les inégalités entre les femmes et les hommes en matière de qualification concerne l'appropriation de la technique et de la technologie par les hommes pour exclure les femmes du travail qualifié. Voir aussi Daune-Richard (2003) pour une synthèse de cette question.

naissance des savoir-faire mobilisés dans les activités professionnelles féminisées. Une série d'analyses met l'accent sur la proximité des métiers féminins avec les responsabilités domestiques et familiales des femmes dans la sphère privée⁷. Le fait que l'on représente le travail domestique comme une activité effectuée spontanément par amour pour les proches plutôt que d'un « vrai » travail, c'est-à-dire une activité productive, continue de contaminer le travail professionnel des femmes en contribuant à sa « naturalisation » et donc à l'invisibilisation de leurs compétences professionnelles (Daune-Richard, 2003). Cette analyse vaut aussi pour le care professionnel qui a ses origines dans la sphère familiale (Fine, 2005), laquelle passe encore aujourd'hui pour offrir un modèle de prise en charge de la vulnérabilité jugé « idéal » (par exemple Graham, 1983; James, 1988). Pensons à ce propos à la large diffusion de l'idée selon laquelle les crèches et les « mamans » de jour ne constituent qu'un substitut imparfait de la prise en charge des enfants par leur mère. Dans ce cadre analytique, l'enjeu de la qualification se pose alors dans les termes du transfert, dans la sphère professionnelle, des savoir-faire acquis et mobilisés par les femmes dans la sphère privée (Cresson et Gadrey, 2004): qu'est-ce qui se passe lorsque les savoir-faire mis en œuvre par les femmes dans le cadre de l'exercice de leurs responsabilités familiales et domestiques sont mobilisés dans un travail professionnel au profit d'un employeur ou d'une employeuse? On notera que cette question ne concerne pas que les activités de care, mais s'applique de manière générale aux métiers féminins, dans l'industrie notamment. Les travaux pionniers de Madeleine Guilbert (1966) et de Danièle Kergoat (1978, 1982) sur les ouvrières de l'industrie sont très instructifs à cet égard, puisqu'ils permettent de comprendre les logiques qui sont à la base de la déqualification des savoir-faire des femmes. Ces auteures ont montré que les employeurs de l'industrie engagent des femmes pour leur habileté, leur dextérité, leur minutie et leur patience, mais ne rétribuent pas ces compétences puisqu'ils les considèrent comme des « qualités » féminines innées. Alors que leur savoir-faire est donc bien recherché et exploité, ces ouvrières sont considérées comme « non qualifiées » par les personnes qui les engagent. Pour Kergoat, cette déqualification des ouvrières s'explique (et est justifiée par le patronat) par le fait qu'elles ont acquis ces compétences au cours de leur socialisation individuelle dans la sphère

privée et non pas collectivement à travers des canaux institutionnels. On le voit ici, ce n'est pas la présence ou l'absence de compétences qui détermine la qualification : les ouvrières étudiées disposent du savoir-faire nécessaire pour effectuer les tâches auxquelles elles sont assignées, mais elles n'ont pas le pouvoir de négocier la reconnaissance et donc la valorisation économique de ce savoir-faire. Les personnes actives dans les métiers du care se confrontent à cette même difficulté : puisque les compétences qu'elles mobilisent dans l'exercice de leur travail, surtout celles liées à sa dimension relationnelle, sont considérées comme ayant leur origine dans la sphère privée, elles sont difficilement reconnues comme qualifications, alors même qu'elles sont perçues comme indispensables pour l'exercice du care. Cette difficulté touche de manière particulièrement forte les travailleuses et les travailleurs de care au bas de l'échelle sociale – les aide-soignant·e·s, les éducatrices et les éducateurs de la petite enfance, etc. – et encore plus celles et ceux qui exercent le métier « à domicile », que ce soit leur propre domicile comme dans le cas des « mamans » de jour, ou celui des bénéficiaires du service fourni, comme c'est le cas des auxiliaires de vie pour personnes âgées. Leur activité est non seulement un prolongement du travail que les femmes effectuent gratuitement au service de leur famille. Elle s'exerce, de plus, dans l'espace privé du foyer, là où les frontières entre ce qui relève du « vrai » travail méritant un salaire (entretenir la maison d'une personne malade) et du service fourni « par amitié » (rester une demi-heure de plus pour garder les enfants de la personne dont on nettoie la maison) sont floues. La reconnaissance d'une valeur économique – et donc le droit à un salaire – à des activités effectuées au service de tiers dans l'espace privé est en effet d'autant plus difficile que ces tâches sont généralement effectuées gratuitement par les membres de la famille. Lorsqu'elles sont déléguées à des tiers, elles sont rémunérées, mais selon un salaire très bas, marqué par l'exercice du travail dans un espace considéré comme non productif.

La superposition d'espaces de travail gratuit et de travail salarié ne touche pas que les métiers les plus déqualifiés et ceux exercés à domicile. Selon certain·e·s chercheur·e·s, elle constituerait également un obstacle à la professionnalisation d'activités de care plus qualifiées, comme le travail social. Nadai, Sommerfeld, Bühlmann et Krattiger (2005) constatent en

effet que si le travail social est désormais bien établi sur le marché de l'emploi suisse, sa professionnalisation n'est pas aboutie puisque le métier manque toujours d'un profil homogène, que les organisations professionnelles du travail social ne détiennent pas le monopole de la formation et qu'elles n'ont pas réussi à faire du travail social un marché fermé (Paradeise, 1988) dont l'accès dépendrait de critères précis et incontournables, comme le diplôme de travail social. Rappelons qu'en Suisse, le métier de travailleuse et de travailleur social·e est exercé conjointement par des professionnel·le·s avec et sans diplôme de travail social. De plus, l'association de salarié·e·s et de bénévoles du social dans certains domaines d'intervention augmente les difficultés que rencontre ce corps de métiers dans ses efforts de professionnalisation (Nadai, Sommerfeld, Bühlmann et Krattiger, 2005).

LA PERMANENCE DE LA DÉQUALIFICATION DU TRAVAIL DE CARE

91

Si les explications avancées rendent compte des obstacles que les personnes actives dans les métiers de care rencontrent dans la reconnaissance professionnelle de leurs compétences, elles soulèvent en même temps la question des réponses à donner face à la dévalorisation de leur savoir-faire. Les chercheuses féministes s'appliquent depuis une trentaine d'années à déconstruire le mythe selon lequel le care relèverait avant tout d'une vocation et qu'il serait le résultat du dévouement et de l'amour des femmes pour les proches: « Le care n'est pas simplement une disposition ou une éthique, il s'agit avant tout d'un travail. (...) Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est même pas nécessairement l'aimer, c'est *faire* quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre... » (Molinier, 2005, pp. 299-300). Il s'agit, pour ces chercheuses, de démontrer que le care comporte des actes matériels, nécessaires pour assurer le maintien et le bien-être de la personne dont on est en charge. Il s'agit également de montrer comment la matérialité du care s'articule avec les dimensions mentale, intellectuelle et relationnelle du travail, soulignant ainsi la complexité d'activités de care dans des métiers déclarés peu ou

pas qualifiés (Avril, 2006; 2008). Toujours dans l'objectif de démystifier l'idée d'un travail « d'amour » effectué « par amour », certaines analyses mettent au jour la pénibilité d'activités comme la prise en charge d'enfants en bas âge ou le travail auprès de personnes âgées (Molinier, 2004; Baines, 2006), pénibilité dont la gestion demande en soi des compétences spécifiques. D'autres encore mettent l'accent sur la surcharge de travail des employé·e·s de care qualifié·e·s tel·le·s les assistant·e·s sociaux (Keller et Tabin, 2002) et les souffrances du personnel soignant liées à des conditions de travail difficiles (BASS, 2002). Ainsi, progressivement, l'analyse des savoir-faire mobilisés dans les activités de care déconstruit l'idée selon laquelle ils seraient identiques à ceux qui sont mobilisés dans la sphère privée et que les travailleuses pourraient de ce fait, sans autre, les mobiliser dans le cadre de leur emploi. Dans une étude des interactions entre assistant·e·s sociaux et client·e·s dans cinq services sociaux en Suisse romande, nous avons ainsi montré que la conception profane du care – en l'occurrence celle des chercheuses qui observaient les professionnel·le·s en interaction avec les bénéficiaires des services fournis – était complètement étrangères aux pratiques des assistant·e·s sociaux (Benelli et Modak, 2010). Les compétences mobilisées par ces professionnel·le·s étaient en effet le fruit d'une longue expérience professionnelle et ne ressemblaient en rien au care dispensé dans la sphère familiale. Les assistant·e·s sociaux insistaient d'ailleurs sur le fait qu'il s'agissait de compétences difficilement objectivables et mesurables, raison pour laquelle il est assez difficile de pouvoir les apprendre, dans le cadre de cours de formation notamment, et de les reconnaître de manière formelle.

La production scientifique abondante sur les métiers de care atteste d'une volonté forte de montrer que celui-ci ne relève ni de la vocation, ni de l'amour. Malgré cette production, force est cependant de constater que les connaissances produites n'ont pas été reprises aux niveaux politique et économique. Les conditions de travail dans les métiers du care restent difficiles, voire précaires, et les compétences mobilisées largement invisibles. Face à cette réalité, quelles options pour les salarié·e·s?

LE PIÈGE DU RELATIONNEL

Si, comme nous venons de le voir, de nombreux travaux féministes insis-

tent sur le côté matériel du travail de care dans le but de le faire reconnaître comme un « vrai » travail impliquant la mobilisation de savoir-faire complexes, les personnes actives dans des métiers de care semblent plutôt mettre l'accent sur la dimension relationnelle de leur travail pour lui donner un sens. C'est notamment le cas dans le bas de la hiérarchie professionnelle, où la relation entre prestataire de care et destinataire est censée valoriser des activités considérées comme du « sale boulot » (Hughes, 1996), par exemple, le nettoyage chez des personnes âgées ou malades. Or, nombre d'études pointent l'ambiguïté du critère relationnel pour la reconnaissance du travail et des compétences mobilisées. Considérons l'exemple des nettoyeuses actives dans un établissement médicosocial (EMS) et celui des aides à domicile pour personnes âgées. Dans une recherche portant sur le personnel de nettoyage en Suisse, j'ai montré que toutes les nettoyeuses et tous les nettoyeurs n'investissent pas de la même manière les interactions avec les bénéficiaires du service fourni (Benelli, 2010, 2011). De fait, ce sont surtout les nettoyeuses femmes qui accordent une importance au contact avec les bénéficiaires, en particulier celles qui travaillent dans des institutions qui prennent en charge des personnes âgées dépendantes. En aidant une pensionnaire à boutonner sa blouse et en s'enquérant de son bien-être lorsqu'elles passent dans sa chambre pour faire le ménage, les nettoyeuses donnent un sens à leur travail. Dans les interviews, elles disent d'ailleurs combien elles apprécient d'être au service de personnes trop faibles ou malades pour entretenir elles-mêmes l'espace qu'elles habitent. Le fait de nettoyer pour des personnes qui ne pourraient le faire elles-mêmes, d'une part, et de s'approprier des tâches de care relevant formellement de la responsabilité du personnel de soins, de l'autre, transforment leur travail en quelque chose qui dépasse le « simple » nettoyage. Cette valorisation est purement symbolique, puisqu'elle n'a aucun effet positif sur la reconnaissance des compétences des nettoyeuses qui, pourtant, contribuent clairement au bien-être des personnes en EMS. Et si ce travail relationnel bénéficie bien à l'institution en question, il ne fait qu'accentuer l'exploitation économique des nettoyeuses, puisque leur activité reste considérée comme peu qualifiée. La situation se présente de manière différente chez les nettoyeurs hommes; ils sont souvent exemptés des tâches les plus sales et les moins valorisées comme l'entretien des toilettes, et ils mettent en évi-

dence les aspects techniques du travail. Ils construisent ainsi l'image d'un nettoyage « au masculin » qualifié, en évitant toute référence à une dimension relationnelle du travail, cela dans l'objectif de ne pas « dévaloriser » un travail considéré comme qualifié à l'intérieur du sale boulot.

Christelle Avril (2008) fait une observation similaire chez les aides à domicile pour personnes âgées dont elle étudie le rapport à ce qu'elle appelle la « norme de sollicitude », c'est-à-dire l'injonction à « faire du care » à l'égard de ces personnes et à éprouver de l'empathie pour leur dépendance. Elle constate que les travailleuses non qualifiées pour qui cette activité représente la première insertion stable dans le marché de l'emploi, revendiquent fièrement la norme de sollicitude, au point d'affirmer « aimer les personnes âgées » et « aimer s'occuper d'elles ». En revanche, les aides à domicile pour qui le travail auprès de personnes âgées représente un déclassement social par rapport à leurs emplois précédents, prennent clairement leurs distances par rapport à cette norme et affirment ne pas avoir d'empathie particulière pour ces personnes. Comme dans le cas du personnel de nettoyage, l'éthique du care et le relationnel sont mobilisés par les personnes non qualifiées pour valoriser leur activité, tandis que les personnes plus qualifiées et/ou occupant une position plus favorables dans la division du travail s'en distancient. En d'autres termes, alors que le care est censé valoriser le travail non qualifié, il semble dévaloriser le travail qualifié.

L'ambiguïté du relationnel touche également les métiers de care qualifiés comme celui d'assistant et d'assistante social-e ou d'infirmier et d'infirmière. Selon De Prins (2010), les compétences relationnelles et émotionnelles seraient désormais au centre des discours qui soulignent la spécificité des activités professionnelles de prise en charge de la dépendance. L'objectif serait de mettre au jour le caractère potentiellement éprouvant d'un travail fourni en fonction des besoins d'autrui, de manière à faire reconnaître la charge émotionnelle spécifique de ces activités et ainsi obtenir des meilleures conditions de travail et de rémunération. Cependant, des études relèvent la difficulté que comporte la valorisation du relationnel dans les métiers qualifiés en quête de professionnalisation. À partir de deux enquêtes de terrain portant respectivement sur le travail de prise en charge de personnes âgées en Autriche et en Grande-Bretagne et sur l'engagement féminin dans des organisations non gouvernementales

(ONG), Sara de Jong et Bernhard Weicht (2011) mettent au jour les tensions qui existent entre, d'un côté, la rhétorique du « care » comme vocation, fondé sur l'amour, l'émotion, l'intimité et le sacrifice et, de l'autre côté, l'injonction à la professionnalisation à laquelle sont soumis ces domaines d'activité. Les entretiens auprès des professionnel·le·s et des bénévoles font clairement ressortir une opposition entre ce qui est considéré comme du « vrai » care, caractérisé par l'engagement désintéressé et le dévouement, et le fait d'effectuer un travail fondé sur des standards de rationalité et de productivité imposés par la professionnalisation. Dans les deux cas étudiés, tout se passe comme si « faire du care » et « faire un travail professionnel » s'excluaient mutuellement.

Dans un cadre plus large, ce rôle ambivalent du care semble confirmé par le constat suivant : la dimension relationnelle tend à être survisibilisée dans les métiers féminins peu ou pas qualifiés – qu'il s'agisse d'activités de care ou d'emplois de service en général –, alors qu'elle est occultée dans les métiers qualifiés et les professions libérales, rarement définis en termes relationnels (Le Feuvre, Benelli et Rey, 2012). Or, ce sont justement les activités professionnelles qualifiées, d'ailleurs encore fortement masculinisées, qui constituent le point de référence dominant dans les efforts de valorisation d'activités peu qualifiées et peu prestigieuses. Si l'on s'en tient à ce modèle dominant, force est de conclure que le relationnel et l'émotionnel sont un obstacle à la qualification. Par conséquent, si les professionnel·le·s du care occupant une position relativement privilégiée mettent l'accent sur la dimension relationnelle de leur activité, cela risque d'entraver les efforts de professionnalisation dont ces métiers font l'objet. En revanche, dans les emplois au bas de l'échelle du care, le relationnel permet de donner un sens à des activités socialement dévalorisées, sans pour autant représenter une vraie solution à la déqualification des savoir-faire et à la précarité des conditions de travail et d'emploi.

EN GUISE D'OUVERTURE ?

Nous l'avons vu, la reconnaissance des activités de care et des savoir-faire qu'elles impliquent, en particulier ceux liés à la dimension relationnelle et émotionnelle du travail, ne dépend pas du contenu ou de la nature des tâches effectuées, ni d'ailleurs de la présence ou de l'absence de compétences idoines chez les travailleuses et les travailleurs, mais des rapports de pouvoir dans lesquels le travail s'exerce. Dans cette perspective, les associations professionnelles de défense des intérêts des travailleuses et des travailleurs du care apparaissent centrales dans la lutte en vue de la reconnaissance des compétences de care en qualifications et de l'amélioration des conditions de travail et d'emploi. L'action collective me semble, en effet, la seule voie imaginable pour obliger les autorités politiques et publiques à prendre des mesures concrètes en faveur de ces travailleuses et de ces travailleurs. De fait, si ces autorités ne nient plus l'apport fondamental des activités de care au fonctionnement de la société,

96 les crises économiques se succédant depuis les années 1970 servent de justification aux coupes budgétaires qui affectent les domaines des soins et du social. Ces restrictions se traduisent notamment par l'intensification du travail et l'augmentation de sa pénibilité, mais également par le manque de places dans les crèches publiques et les EMS économiquement accessibles à toute la population. La prise en charge insuffisante de la vulnérabilité des êtres humains de la part des pouvoirs publics a des conséquences pour les familles et les individus qui doivent « se débrouiller » pour gérer et assumer leur dépendance et celle des personnes sous leur responsabilité. Le recours à des solutions privées – auxiliaires de vie, « mamans » de jour ou femmes de ménage – reste alors souvent la seule option pour assurer cette prise en charge à un prix abordable.

Du côté des corps de métier, la professionnalisation de certaines activités de care – avec tous les obstacles que nous avons identifiés – apparaît comme une solution possible pour conférer aux professionnel·le·s une maîtrise plus grande sur les conditions d'exercice du travail. Cependant, n'oublions pas que la professionnalisation se fait nécessairement à travers

8 Pour un recueil de la jurisprudence en la matière, voir les sites [www.leg.ch] (Suisse romande) et [www.gleichstellungsgesetz.ch] (Suisse alémanique).

la spécialisation et donc une division du travail qui valorise certaines activités et compétences au détriment d'autres, considérées comme moins « professionnelles ». La professionnalisation se réalise ainsi sur la déqualification d'autres activités de care et elle contribue – paradoxalement – à la (re)production d'emplois peu ou pas qualifiés, précaires et mal rémunérés. En termes de main-d'œuvre, ces emplois sont alimentés par une division internationale du travail qui produit un personnel de care féminin facilement exploitable (Ehrenreich et Hochschild, 2003 ; Anderson, 2010). En Suisse, les personnes engagées par des employeurs privés pour la prise en charge d'enfants ou d'individus malades, sont majoritairement des femmes immigrées, souvent sans permis de séjour. Leur formation antérieure, accomplie dans leur pays d'origine, est rarement reconnue en Suisse et leur statut d'illégales les rend particulièrement vulnérables à l'exploitation (Alleva et Moretto, 2009). Si la reconnaissance politique de ces personnes et celle de leur travail comme qualifié est indispensable pour contrecarrer l'exploitation économique qu'elles subissent, cette reconnaissance n'est pas forcément dans l'intérêt d'employeuses et d'employeurs privé-e-s qui dépendent du fait de pouvoir accéder à des services à la personne abordables.

97

Face à ces obstacles structurels, les réponses envisageables et envisagées ont forcément une portée limitée. L'institutionnalisation de la formation dans les domaines du travail social et de la santé au niveau des Hautes écoles spécialisées en Suisse représente sans doute un pas important vers la reconnaissance de certains métiers de care et des compétences qu'ils impliquent. Sur le plan juridique, les démarches individuelles et collectives entreprises par des professionnelles du care pour obtenir une revalorisation de leur activité et de leur salaire en invoquant la loi fédérale sur l'égalité des sexes, ont également porté des fruits⁹. Cependant, si ces actions ont permis d'améliorer les conditions de travail et d'emploi de certain-e-s professionnel-le-s, elles ont une portée plus que limitée pour les travailleuses

9 Le document est accessible sur le site du BIT à l'adresse suivante: [www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_157837.pdf] (consulté le 31 octobre 2011).

et les travailleurs au bas de la hiérarchie du care, en particulier celles et ceux qui exercent leur activité au domicile de tiers. En ce qui les concerne, l'action collective et juridique est d'autant plus difficile qu'il s'agit d'une main-d'œuvre isolée et souvent sans permis de séjour, éléments qui contribuent à son exploitation. Il reste à voir dans quelle mesure la « Convention concernant le travail décent pour les travailleuses et les travailleurs domestiques »⁹, adoptée par le Bureau international du travail en juin 2011, est un outil efficace en vue de l'amélioration des conditions de travail et de vie de cette main-d'œuvre qui représente le maillon le plus faible de la « chaîne du care ».

D

- 1 Elle est située dans le canton de Neuchâtel.
- 2 Plan stratégique neuchâtelois. Texte préparé en vue de la consultation large du 16 décembre 2010 (p. 25).

À LA MESURE DU CARE

L'EXPÉRIENCE D'UN ÉDUCATEUR

David Fuehrer

100 Depuis 2007, la direction de l'institution dans laquelle je travaille¹ a vu apparaître de nouvelles notions dans le discours des gestionnaires des subventions étatiques: «catalogue de prestations» et «système qualité». À travers elles, un message clair est envoyé aux institutions: dans un avenir proche, la dotation en personnel passera par des grilles visant à quantifier le besoin d'encadrement des personnes bénéficiaires de soins (ARBA, EFFEBA)². Face à ces demandes, ma direction a constaté qu'elle ne disposait pas d'outil permettant de découper l'action professionnelle en prestations mesurables et chiffrables indépendamment les unes des autres. De plus, elle ne savait pas comment faire apparaître le savoir-faire propre à l'institution en question sans tout niveler par l'emploi de termes généraux, pour ne pas dire «bateaux». En effet, quasiment toutes les institutions de même type inscrivent à leur catalogue de prestations, l'accompagnement socioéducatif, le suivi psychomédical, les ateliers occupationnels, etc.

La mise en place d'une politique publique passe par la définition d'ob-

3 Gisèle Ory, conseillère d'État. Lettre de présentation du plan stratégique aux institutions (23 décembre 2010).

4 Art 10 LIPPI.

5 Constitution de la République et Canton de Neuchâtel. Loi sur les finances. Article 24 A.

jectifs précis qui s'adressent à une population cible et par l'évaluation du coût financier des moyens à mobiliser (Garrau et Le Goff, 2010, p. 24). Cela se traduit aujourd'hui par une volonté accrue de contrôler les fonds attribués à certains secteurs, comme les métiers de soins et le travail social qui avaient échappé, jusque-là, à cette rigueur. En effet, si l'histoire du travail dans nos sociétés industrielles est marquée par l'obsession d'évaluer, ce n'est que récemment que les méthodes permettant de quantifier les activités de travail se sont infiltrées dans le monde des services et du travail social. Mesurer, évaluer – et donc contrôler, surveiller – représentent maintenant le fondement des prestations, que la maxime « qui paie décide » résume bien. Il s'agit de faire mieux, et plus, avec moins, au nom d'une démarche visant à la rationalisation des institutions sociales et, par là, à la limitation de leur coût: « Aujourd'hui la surveillance des institutions sociales ne se fait que par le biais d'une loi de financement, le système de mandats de prestations n'est pas compatible avec la loi et il n'est pas possible de faire de bonnes prévisions en matière de besoins dans un secteur dont le budget est de quelque 52 millions. »³

101

C'est dans ce contexte que naît la réforme légale proposée par le plan stratégique neuchâtelois qui, rappelons-le, s'inscrit dans le cadre d'une réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons vers plus de rigueur⁴. La rigueur constitue ainsi la réponse de l'État à un contexte de crise duquel émergent plusieurs contraintes: hausse des charges, baisse des recettes, soumission au cadre légal du frein à l'endettement⁵, pression des syndicats pour la hausse des salaires stables et la baisse des heures de travail, etc. D'autres exemples à l'échelle fédérale (Santé Suisse, réformes LAI) pourraient étayer ce propos, mais ce dernier suffit ici pour souligner le mouvement de transfert de charge sur l'aide sociale et le contribuable.

Les outils proposés aux institutions sociales en vue de contrôler leur activité sont issus de la comptabilité analytique, elle-même fondée sur une représentation taylorisée du travail. Ils ne valorisent donc que ce qu'ils peuvent saisir – des actions mesurables, effectuées de manière séquentielle – et ignorent les dimensions du travail qui ne sont pas mesurables, les condamnant en quelque sorte à l'invisibilité et à une forme de dévalorisation. C'est précisément ces dimensions que met en perspective le concept de care, remplaçant cette invisibilité au cœur d'enjeux

politiques et posant les deux questions suivantes : qui mesure le travail ? et de qui mesure-t-on le travail ? Car un lien étroit associe la mesure, ou non, d'un travail à sa reconnaissance et à son statut.

Ces questions mettent l'accent sur le caractère socialement construit de la mesure, de même qu'elles en soulignent la rigidité, qui se cristallise autour des indicateurs choisis dans les différentes procédures de contrôle. Des indicateurs inadéquats placent les professionnel-le-s « au service » de la procédure de contrôle, laquelle risque de limiter la flexibilité de leur travail plutôt que d'être au service de sa qualité. Cela met les travailleurs et les travailleuses sociales face à un problème sérieux : comment faire valoir les dimensions qui, dans leur travail, ne sont pas mesurables et dont l'évaluation révèle des enjeux de reconnaissance et de rémunération ? Comment interpeller une société qui, sous couvert de mots vidés de leur substance tels que qualité et autonomie, a décidé d'évincer la question éthique et morale du « prendre soin » ?

102 Soucieuse de faire valoir les compétences singulières et le savoir-faire propres à l'institution, la direction de mon lieu de travail s'est mobilisée pour proposer quelques solutions à ces problèmes. Elle a cherché des moyens de répondre aux injonctions politiques tout en cherchant à préserver l'intégrité du travail institutionnel et ses valeurs. Tâche ambitieuse dont une des premières esquisses fut néanmoins de s'essayer à un exercice de quantification.

Dans l'idée d'anticiper la rationalisation qui allait s'imposer à elle et dans le souci d'en garder le contrôle, en partie du moins, la direction s'est proposée de réfléchir à des indicateurs permettant d'évaluer au moyen de méthodes quantitatives les prestations dispensées par l'institution, de manière à ce qu'elles correspondent le plus fidèlement possible à ce qui y est effectué. En octobre 2009, à titre d'essai, une grille d'analyse, conçue pour chaque secteur d'activité – éducatif, atelier, médical et administratif – nous a été adressée sous forme de test. Elle découpait l'activité professionnelle en différentes rubriques regroupant certaines tâches et visait à montrer le plus fidèlement possible « combien de temps l'on passe à faire telle ou telle chose ». Nous nous sommes prêtés à l'exercice pendant plusieurs semaines, remplissant une grille qui découpait notre journée de travail en séquences temporelles d'un quart d'heure et en type de tâches. Nous mettions par exemple une croix dans « entretien »,

une autre dans « transport », une autre encore dans « travail administratif », etc.

Cet exercice a déclenché en moi une interrogation sur la nature de mon travail. Au contact d'une démarche qui consistait à rendre compte de mon activité au quart d'heure près, j'ai réalisé que je faisais plusieurs choses à la fois et que j'étais, de ce fait, dans l'incapacité de remplir la grille d'activités sans faire des choix drastiques, imposés par le découpage de l'action sur un seul et même continuum espace-temps. Comment faire correctement l'exercice ? Devais-je cocher deux tâches lorsque je les accomplissais de manière simultanée ? Mais alors la grille comptabiliserait deux heures alors qu'en réalité je n'y avais consacré qu'une heure. Fallait-il partager l'heure en deux ? C'était insoluble pour tout le monde et finalement la consigne fut de laisser à l'intervenant le choix de l'activité qu'il voulait faire figurer comme prioritaire.

Il va sans dire que la grille proposée par la direction s'est révélée tout à fait inopérante.

Cette première démarche m'a fait comprendre la difficulté de créer un outil capable de rendre visible et de mesurer l'ensemble de l'activité professionnelle. Celui qui nous était donné à tester ne pouvait en aucun cas rendre compte de la complexité de l'activité de l'éducateur, une partie de celle-ci se trouvant inmanquablement dissimulée par l'outil de mesure : la nature du travail, sa qualité, sa dimension humaine, subjective, n'apparaissaient pas. Mais quel chemin emprunter pour rendre compte de l'attitude du professionnel, des émotions qu'il engage, des gestes qu'il y associe ? Comment faire apparaître l'écoute, la présence à l'autre qui détermine la qualité du soin dispensé ? Et le faire apparaître en le « mesurant », n'est-ce pas le dénaturer, en quelque sorte le « compter pour beurre », c'est-à-dire ne pas le reconnaître et finalement ne pas le rémunérer ?

C'est à partir de ces questions que j'ai cherché à penser cette part discrète du travail et à trouver des moyens de l'explicitier. Le concept de care s'est révélé central dans cette démarche, car il se présente comme une base pour décrire le travail d'attention à l'autre et le penser en termes d'enjeux politiques et de rapports de pouvoir.

CONCEPT DE CARE ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Pour illustrer à quel point le travail d'attention à l'autre est à la fois partie prenante du travail et invisible dans la pratique du travail social, examinons l'exemple de mon collègue, M., employé depuis environ quatre ans dans l'institution. Le week-end, nous travaillons en équipe réduite de trois personnes, ce qui demande une organisation et une présence intenses. Au fil du temps, plusieurs collaborateurs et collaboratrices se sont plaints à la « commission planning » de devoir travailler avec M., car « il ne portait pas » avec eux, n'était « pas présent », etc. Ces collègues finissaient le week-end sur les genoux et commençaient à ressentir des émotions très négatives à l'égard de M., raisons pour lesquelles, il fut décidé, en équipe, de lui parler du problème. Or, ce dernier ne comprenait pas nos critiques. À ses yeux, nos reproches ne portaient sur rien de concret et il perçut d'abord notre démarche comme un jugement sur sa personne. Voici un exemple de ces échanges :

104

Collègue: « J'ai un problème quand je travaille avec toi, mais je ne sais pas comment le nommer: tu n'es pas présent, je ne me sens pas épaulé, tu ne portes pas avec moi, tu n'es pas là pour les résidents... »

M.: « Mais donne-moi un exemple concret! Je fais les transports, je t'aide à débarrasser la table; mais s'il n'y a rien à faire là, maintenant... qu'est-ce que je peux faire de plus...? »

On voit par cet exemple combien il est difficile pour des professionnels de nommer le travail relationnel, le travail de soutien, car il leur paraît d'autant plus évident et quasi « naturel » qu'ils en ont l'habitude: « Plus les personnes qui font du travail de care en ont l'expérience, moins elles sont en mesure de discerner, pour elles comme pour les autres, la complexité de ce travail qui, réellement, n'apparaît que quand il n'est pas fait ou mal fait » (Molinier *et al.*, 2009, p. 19). Ce qui, dans l'exemple mentionné, a permis de mettre cette part de l'activité professionnelle au jour, c'est, précisément, qu'elle manquait chez M. Cet exemple montre aussi l'importance de rendre visible cette dimension de l'activité.

Aborder certains aspects du travail d'éducateur et d'éducatrice au moyen du concept de care nous donne les moyens de ne pas considérer comme naturel ce qui relève du « prendre soin », de ne pas penser que des attitudes et des émotions appropriées à l'égard des résidents relèvent de prédispositions innées de la personne « faite pour ce métier ». En effet, le concept de care se révèle également percutant dans le contexte politico-économique actuel, car il met en évidence l'enjeu politique du travail de « prendre soin ». Un travail qui n'est pas dispensé de manière hasardeuse selon le bon vouloir des professionnel-le-s, mais en référence à un mandat issu d'une politique publique s'inscrivant dans un cadre institutionnel. Un travail d'attention à l'autre qui est soumis à l'examen d'une juste répartition des ressources à la disposition des professionnel-le-s; il renvoie donc à un positionnement en termes de justice.

Pour mieux saisir la multiplicité des compétences requises dans l'exercice du care professionnel, prenons pour repère le code de déontologie du travail social en Suisse:

105

« Le travail social est lié à trois missions: la première consiste au double mandat de l'aide et du contrôle qu'il reçoit de la société et des mandants; la deuxième mission consiste à répondre aux demandes implicites ou explicites des bénéficiaires du travail social; la troisième mission consiste à référer les savoirs professionnels et disciplines voisines aux principes des droits humains et de la justice sociale. Cette troisième mission amène les professionnel-le-s du travail social à devoir gérer des conflits possibles entre la première et la deuxième mission. » (AvenirSocial, 2010, p. 7)

Répondre à la demande implicite ou explicite des bénéficiaires implique par définition des compétences de care. Capter chez l'autre ce dont cette personne a besoin et y apporter une réponse concrète implique, dans le cadre du travail social, un positionnement en termes de justice sociale. Il engage le travailleur ou la travailleuse social-e à trouver dans son rapport aux bénéficiaires un délicat équilibre entre ses représentations de la justice, son mandat de contrôle social, les exigences du cadre institutionnel et du contexte politico-économique. Un tel positionnement

semble être propre au travail social et le travail de care s'y déploie en des termes définis par ce champ. Cela exige pour le moins une professionnalité qui ne laisse rien au hasard, ni à des dispositions innées, mais qui, parce qu'elle est partie prenante de la personnalité de celui qui la mobilise, est difficilement objectivable et donc peu accessible à des tiers. Or, cette accessibilité, cette mise en visibilité du care, apparaît pourtant de plus en plus nécessaire, car c'est la valeur du travail au plan économique également qui est dévoilée, ainsi que la valeur de celles et de ceux qui s'y consacrent.

OBSERVER LE CARE

J'ai donc cherché un moyen de décrire mon travail émotionnel et relationnel auprès des résident·e·s de l'institution, en m'imposant une consigne apparemment facile à suivre : « Raconter ce que je fais. » J'ai donc entrepris un travail approfondi décrivant, de l'intérieur, les multiples facettes de l'activité éducative.

106

Cette activité ressemble singulièrement au travail domestique (Chabaud-Rychter, Fougeyrollas-Schwebel et Sonthonnax, 1985) : composée d'une superposition d'actions et d'interruptions, elle exige une attention et une disponibilité permanentes, de l'intensité et de l'adaptabilité, car il n'est pas possible d'être partout à la fois et avec la même disponibilité. Ce travail suppose donc de hiérarchiser les actions, mais aussi d'être capable de faire plusieurs choses en même temps, ainsi que passer d'une tâche à une autre avec différents degrés d'intensité, de technicité et des finalités qui se transforment... Dans l'action éducative, l'activité la plus banale, telle qu'aider un résidant à nettoyer sa chambre, est un support sur lequel se superpose un travail d'analyse, de positionnement et d'élaboration intellectuelle et émotionnelle. Il implique de considérer l'autre, soi-même et la nature de ce qui nous amène à travailler ensemble. Cela engage des compétences fines, mais peu accessibles à l'observation extérieure ; c'est ce que je me propose de décrire en évoquant d'abord quelques-unes des difficultés que cela pose.

COMMENT RENDRE VISIBLE CET « INEFFABLE DE LA RELATION » ?

« Cet ineffable de la relation demande à être exploré, à y aller voir de plus près, à rendre les pratiques visibles et lisibles, à donner de l'intelligibilité aux compétences mises en œuvre dans cette présence à l'autre. » (Libois et Mezzena, 2008, p. 3).

Décrire mon travail, rendre lisible et intelligible « cette part incommensurable du travail » dont parle Angelo Soares (2010) : une belle idée, mais comment s'y prendre ? Dans le travail de care, il paraît insensé de transposer tels quels un geste, une attitude d'une situation à une autre, sans réinventer à chaque fois quelque chose. De ce fait, la description de ce travail doit inclure la singularité, la part de subjectivité et de créativité qu'il contient. Il s'agit donc de donner forme, au travers d'un récit et non en le mesurant, au travail d'attention à l'autre, pour que le lecteur en perçoive la dimension humaine et affective, telle que moi, éducateur, je l'expérimente et l'éprouve dans l'action, puisque je parle ici de mon propre travail. J'ai donc tenté de décrire non seulement ce que je fais, mais également ce que je pense et ressens en le faisant. Cette mise en récit de mon action professionnelle a exigé de moi une posture réflexive très pesante pour répondre en fait aux deux questions suivantes : « Qu'est-ce qui apparaît ? Comment ça se passe ? »

Ce que je cherche à décrire, c'est ce qui se cache derrière des termes génériques tels que : entretien, réinsertion sociale, gestion de l'argent, accompagnement, etc. C'est, en fait, le cheminement de l'action dans ses moindres détails, dans sa banalité, dans ce qui est occulté, négligé ou est parfois devenu un automatisme.

ÉLABORATION D'UNE MÉTHODOLOGIE

Quel moment de la journée privilégier pour une telle description ? Avant de répondre, je décrirai une journée ordinaire. Elle est structurée autour de différents types de tâches : celles qui, d'abord, sont régulières

6 À l'époque de l'étude, l'équipe éducative était composée exclusivement d'hommes.

et fixées par l'institution (colloques, distribution de la médication, temps d'atelier, etc.); celles qui, ensuite, moins régulières mais tout aussi impératives, sont des tâches d'organisation (rendez-vous médicaux, rendez-vous avec des personnes impliquées dans le parcours de la personne, etc.); celles qui, enfin, se créent au jour le jour, selon les exigences du moment (demande d'un résidant, au fil des discussions et des interactions, imprévu, crise, etc.). Autrement dit, la journée de travail est structurée par trois types d'activités qui s'agencent en fonction de leur régularité, de leur nécessité et de leur degré d'urgence. J'illustrerai cela en décrivant une matinée ordinaire: elle débute tôt, par le colloque d'équipe qui se termine à 8 h; après avoir bu le café, fumé une dernière cigarette, tout le monde, personnel et résidants, rejoint ateliers, bureaux, etc. À partir de là, les éducateurs⁶ sont engagés dans différentes activités telles que des entretiens, des démarches administratives, une présence au bureau (il est ouvert sur le réfectoire, pièce centrale de l'institution), la prise des appels téléphoniques, une présence dans le réfectoire et autres lieux collectifs. Ces activités sont effectuées en faisant preuve de ce que Marc Bessin (2009) appelle de la « présence sociale »: être attentif aux résidants, être disponible si, par exemple, quelqu'un a besoin de parler, un autre ne s'est pas levé, ou a besoin d'un médicament. À 11 h 45 a lieu la distribution de la médication et la préparation du service du repas, deux tâches dont le bon déroulement est prioritaire. Ajoutons que l'activité des résidants dans les ateliers est entrecoupée par une pause, qui a lieu de 9 h 30 à 10 h. Elle nécessite une disponibilité particulière de l'équipe.

Revenons à la question du choix de la plage horaire à décrire. Dans le souci de montrer des traits caractéristiques du travail, j'ai choisi d'arrêter mon observation aux moments se situant à un croisement de temporalités, d'espaces et de tâches et livrés à une forme d'organisation libre. Dans ces moments, les éducateurs définissent, interprètent et organisent le travail à leur manière en fonction de la hiérarchie d'actions dictée par l'institution et qui est continuellement soumise à réinterprétation. La plage horaire qui s'étend de 8 h à 11 h 45 est particulièrement adaptée à mon projet: son organisation ne varie pas tout au long de la semaine, elle me laisse du temps pour observer et, comme nous sommes en début de journée, j'ai encore de l'énergie pour cette observation. En

effet, le travail réflexif de description demandant une attention soutenue, l'exercice aurait été rendu encore plus difficile entre 20 h et 22 h.

COMMENT DÉCRIRE ?

À vrai dire, j'ai tâtonné, m'interrogeant sur les dispositions que suppose le fait d'être descripteur de sa propre action. Cette démarche a été envisagée comme une mise à plat minutieuse d'une action faite de plis et de replis, d'imbrications, de chevauchements, la difficulté de cette description résidant dans le fait de décrire linéairement quelque chose qui ne l'est pas, déplier, déployer ce qui se passe avec des mots : « Pas de droite sans courbures entremêlées » (Leibniz, s. d., cité par Deleuze, 2007, p. 20). Dans cet exercice ardu, j'ai donc cherché à tendre vers une position. « Il s'agit bien, à un moment donné, dans des lieux très réels, dans une conjoncture on ne peut plus concrète, d'une position à tenir » (Deligny, 1998, p. 230).

Elle consiste pour moi à décrire sans raccourcis, à considérer que rien n'est banal et que tout a son importance, surtout les petites choses, les « recoins » de la pensée et de l'action. Cela signifie que le sens que je donne à ce que je fais, l'intensité émotionnelle du moment, l'énergie déployée pour être présent et à l'écoute, tous ces aspects ont leur importance. Cela comprend aussi la description de mes états psychiques dans leurs côtés agréables – enthousiasme, satisfaction – et sombres – fatigue, agacement, dégoût – ou tout simplement « plats » – ennui, lassitude face aux routines. Mais si cette position est relativement facile à définir, elle est plus difficile à tenir...

Le travail de description implique en effet de mener une lutte psychologique continue contre ce qui semble aller de soi. Lutte contre le désir d'aller vite, de simplifier les choses complexes; lutte contre le désir de ne pas réfléchir à mes agacements, et me forcer, précisément, dans ces moments-là, à définir très précisément ce qui se passe. Cet exercice demande de l'honnêteté et un peu d'humilité pour oser écrire ce qui nous passe par la tête et ce qui nous motive à faire telle ou telle action. Il y a aussi un équilibre à trouver entre l'explicitation des états émotionnels et la description des faits qui les accompagnent ou les suscitent; sans oublier que je ne suis pas le seul impliqué, l'autre l'est également.

J'ai commencé ma description sur la base d'une auto-observation de deux heures durant lesquelles, tout en accomplissant mon travail ordinaire, je prenais des notes, inscrivant le déroulement de mes activités dans le temps et dans l'espace. Les deux heures passées, je m'isolais afin de reprendre mes notes et procéder à une description plus précise et complète. Voici un extrait de ce premier essai :

10h30: J'arrive une demi-heure en avance pour pouvoir consulter mes mails tranquillement et me remettre dans le bain ce lundi matin. Dès mon arrivée, P. dont je suis le référent s'approche de moi. Je remarque au premier coup d'œil qu'il ne va pas fort. Je prends 10 minutes pour l'écouter et lui signifier que nous aurons l'occasion d'en reparler cet après-midi.

110 10h45: Je consulte mes mails et y réponds. Depuis le bureau, j'entends B., un résidant dont je suis le coréférent, qui descend dans le réfectoire et demande si son référent, ou moi-même, sommes présents. Mon collègue, qui ne m'a pas vu, lui répond par la négative. B. dit qu'il n'y a jamais personne pour s'occuper de lui. Je ne me montre pas, sachant que je n'aurai pas le temps d'une discussion et, qu'avec B., il vaut mieux ne pas être pressé et prendre le temps nécessaire.

11h: Un collègue, le seul présent dans la maison avec moi, m'avertit qu'il s'en va. Je devrai donc m'occuper de la distribution des médicaments et du service du repas. Sur ce, le cuisinier vient me dire que je devrai allumer le four à 11h30, car il est occupé ailleurs.

Plus le travail de description avançait, plus je parvenais à mettre des mots sur les différents aspects de mon activité. Je prenais conscience du chevauchement des lieux, des tâches, des temporalités, des degrés d'implication et du sens de mes actions. Cependant, pour pouvoir saisir plus finement l'activité, je décidai de réduire la durée d'une description à une demi-heure et de remplacer le calepin par un dictaphone/enregistreur. Cet outil me permettait de décrire sur le moment même mes pensées, mes états émotionnels, mes doutes, ainsi que des informations factuelles. La demi-heure passée, je m'isolais de nouveau et reprenais la description à

partir de l'enregistrement audio, complétant cette approche chronologique par le fil entortillé des pensées dont je me souvenais. Voici un exemple de ce deuxième essai :

8h 15 : Je sors de la salle de colloque et vais au réfectoire. Je suis un peu préoccupé, car le responsable pédagogique nous a accablés de reproches, une collègue et moi, au sujet de propos que nous avons avancés dans la discussion et qu'il a, selon moi, mal interprétés. Pour ma part, je sais que c'est lié à une situation dans laquelle il se sent dépassé en ce moment. Je ne suis pas en colère mais projette de lui en parler pour s'expliquer. Par contre j'ai perçu que ma collègue l'a moins bien vécu et j'y pense.

J'ai un appel téléphonique à donner et je dois rencontrer F. pour parler de son projet de sortie de samedi afin de la mettre au courant d'un rendez-vous pour la semaine prochaine.

Un infirmier m'interpelle pour que je dise à P. de venir à l'infirmierie.

J'entre dans le réfectoire, je vois F. qui s'avance vers moi, je lui tends la main et elle m'interpelle directement : « Je peux faire une fiche (demande de sortie) pour aller à Genève samedi ? » Avant de répondre je tends la main à P. qui s'est avancé. Je dis à F. que c'est d'accord, mais qu'il faut que nous en parlions. Elle me dit qu'elle veut partir depuis la gare de B. Un collègue avait parlé de cela au colloque en disant qu'un autre résidant lui avait suggéré cette idée. Je lui dis que j'en ai entendu parler et que cela simplifierait pas mal de choses : pas besoin de l'accompagner et d'aller la chercher, elle est sur place... Mais je pense en même temps qu'elle n'a jamais fait ce parcours et qu'il faudra l'y préparer. Elle me pose des questions sur les horaires de train, je lui réponds vaguement car ce n'est pas le moment d'approfondir, les ateliers commencent et, dans le brouhaha du réfectoire, elle ne pourra pas se concentrer. Je lui propose de la voir à la pause, à 9h 30, pour en parler.

P. passe devant moi, je l'interpelle et lui dis qu'il est attendu à l'infirmierie. F. va à l'atelier.

ANALYSE : LES DÉMARCHES DE L'ACTIVITÉ ÉDUCATIVE

Le terme de « démarche » désigne, dans ma perspective, le déroulement d'une action dès le moment où elle débute (ou est reprise) et jusqu'à son interruption, soit parce qu'elle est terminée, soit, plus probablement, parce qu'elle est interrompue par une autre action, de nature différente. Chaque fois que l'éducateur « passe à autre chose », il débute une autre démarche ou reprend l'ancienne. J'ai donc découpé le récit précédent en démarches différenciées, que j'ai définies en m'inspirant de l'analyse du travail domestique de santé qu'à faite Geneviève Cresson, et notamment de sa typologie descriptive des activités :

1. Exécution d'une tâche. Regroupe toute activité qui implique un résultat matériel concret visible, tout ce qui concerne les tâches pratiques, bref « ce qu'on désigne le plus immédiatement comme du travail » (Cresson, 1998, p. 248). Par exemple une démarche administrative.

112 2. Coordination, information, organisation. Regroupe tout acte à la base d'interactions qui nécessitent une réponse même minimale d'ordre communicationnel. Par exemple, demander une information, répondre à une question.

3. Présence à l'autre. Regroupe le travail émotionnel, qui implique d'être présent à soi-même et à l'autre et de se mettre dans une disposition particulière visant à répondre aux besoins d'autrui. Par exemple, écoute active, dédramatisation, humour, encouragement, etc.

4. Gestion psychologique. Regroupe les considérations personnelles concernant l'organisation et la stratégie d'action : économie d'énergie, anticipation, observation, renoncement à certaines tâches. Cela implique la gestion émotionnelle d'une situation et les moyens mis en œuvre pour être présent et disponible.

5. Encadrement/Accompagnement. Regroupe tout ce qui concerne la charge mentale d'une situation : être garant de l'organisation, de la sécurité, de l'animation et de la prise en compte des difficultés et des ressources des uns et des autres.

6. Déplacement dans l'espace. Regroupe les déplacements physiques inhérents aux activités : changer de pièce, de bâtiment, mais aussi de position corporelle (se lever...).

Voici un extrait de description de dix minutes où j'ai identifié les différentes démarches en les distinguant selon les catégories descriptives, elles-mêmes définies selon un code numérique.

11 h00: [J'arrive au bureau des éducateurs (6)], j'ai prévu de faire ma caisse, j'ai du retard dans ce travail. [Je prends la caisse dans mon casier (1)], où je l'avais placée hier.

11 h01: D., un collègue, descend au bureau, [je le salue (2)], il me lance une boutade car j'ai deux livres de prise de notes qui ressemblent à des bibles. [Je réponds (2)], on rigole, puis [il me montre l'ordinateur qu'il va offrir à sa femme pour Noël (3)]. [Je lui dis que c'est un beau cadeau. J'essaie de répondre de manière à ne pas être impoli sans pour autant que la discussion ne dure trop longtemps car je veux commencer à bosser (4)]. Il m'explique qu'elle en a besoin dans un nouveau boulot, [j'écoute jusqu'au bout sans relancer (3)]...

11 h02: [Je demande à mes collègues qui sont au bureau si ça va pour eux que je me mette à ma caisse pendant un moment, histoire d'organiser notre travail et de voir s'il n'y aurait pas une tâche prioritaire (2)]. D. répond que lui ne sera pas là car il attend M. [Je pense qu'il s'agit d'un résidant, il corrige, c'est un ancien collègue qu'il doit rencontrer avec lequel il a rendez-vous d'ici peu. Pour les autres, c'est OK (2)].

11 h03: [Je vais m'asseoir (6)] et [commence ma compta (1)]. Je dis à haute voix: « [J'ai un mois de retard, ça va être joyeux! (2)]. » [J'ai peur de ne pas avoir toutes les quittances (4)]. À ces mots, D. me raconte qu'il a prêté 20 fr. à un résidant mais il ne sait plus qui. [Je réponds vaguement tout en me plongeant dans mon travail (2)]. Mais M. qui était attendu par D. arrive au bureau et salue tout le monde. Je me lève pour [lui serrer la main (2)] et me [remets au travail (1)].

11 h04: On frappe à la porte du bureau, [je réponds car mon collègue présent est au téléphone (2)]. C'est D. W. un résidant. [Là, je me dis que je n'arriverai pas à faire ma caisse car quand il vient il y en a pour un moment à lui expliquer que ce n'est pas possible; de plus, en ce moment

11h10										
5.5	6	6.5	7	7.5	8	8.5	9	9.5	10	
										(1) Exécution d'une tâche
										(2) Coordination, information, organisation
										(3) Présence à l'autre
										(4) Gestion psychologique
										(5) Encadrement, accompagnement
										(6) Déplacement dans l'espace

11h00										
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
(1) Exécution d'une tâche										
(2) Coordination, information, organisation										
(3) Présence à l'autre										
(4) Gestion psychologique										
(5) Encadrement, accompagnement										
(6) Déplacement dans l'espace										

Cette représentation graphique est réalisée à partir d'un découpage du temps par tranches de trente secondes; elle tient compte du chevauchement des tâches et met en évidence les nombreuses interruptions d'action et la simultanéité de certaines tâches. On voit grâce à ce tableau qu'il n'existe pas de linéarité de l'action, sauf celle imposée par la description.

Une telle minutie dans la présentation des activités pourrait laisser penser que je vais à l'encontre de ma critique initiale de la mesure, ce qui n'est pas le cas, la finalité de cet exercice étant d'extraire les démarches individuelles, intellectuelles et émotionnelles mises en œuvre dans la réalisation d'une tâche tournée vers autrui. J'ai surtout voulu montrer qu'une lecture linéaire de l'action d'un éducateur ou d'une éducatrice n'est pas pertinente et que son découpage en prestations dissociables les unes des autres pose problème. Cet exercice démontre, à mon sens, l'inanité des dispositifs de mesure de l'action des travailleurs sociaux dans une institution donnée.

116 La question qui peut se poser à la suite de cet exercice est de savoir si le travail de care est devenu plus visible, plus lisible? Où est-il, ce travail de care, si ce n'est un peu partout, se révélant en filigrane dans chacune des catégories descriptives! En effet, ce qui m'a frappé, c'est de constater que chaque geste accompli dans le travail est l'objet d'une appropriation, d'un mouvement intérieur du sujet qui le réalise opérant comme une empreinte, rendant le geste indissociable du sujet qui le dispense. Et le fait que ce travail s'effectue en présence et en direction d'autres sujets humains intensifie ce phénomène.

Le travail de care porte sur le vivant, et il requiert pour être révélé, observé et pensé un outil de médiation «*multiple et foisonnant*». C'est ce caractère de transversalité et de médiation, dont le récit semble être porteur, qui fait de ce dernier un passage difficilement contournable si l'on veut éviter d'appréhender le travail de care comme une matière inerte» (Barthes, 1976, cité par Faucheux, 2010, p. 11).

CONCLUSION

7 Plan stratégique neuchâtelois. Texte préparé en vue de la consultation large du 16 décembre 2010. Points 2.1. *Les valeurs* (p. 8).

J'ai voulu, par ces descriptions, dont je n'ai fourni ici que de brefs extraits, mettre au jour, pour des tiers, les facettes d'un travail qui s'effectue en fonction des autres, qui est généralement invisible, car allant de soi, et qui est peu ou pas valorisé dans l'économie capitaliste. Je désirais également mettre en évidence que le travail de l'éducateur et de l'éducatrice ne s'organise pas de manière linéaire – une activité après l'autre – mais avec des interruptions, des reprises, des enchevêtrements qui témoignent du poids de l'attention à autrui nécessaire dans ces activités. Mon approche descriptive voulait s'éloigner – et tenter une critique – des méthodes quantitatives d'évaluation du travail social qui s'appuient, elles, sur une représentation linéaire du temps et une vision taylorisée du travail. Ces méthodes hiérarchisent l'activité par la valorisation de certains aspects et la négligence d'autres. Dans une certaine mesure, mon exercice de catégorisation ne met pas à l'abri de cela, et il faut souligner que si une telle démarche était imposée systématiquement à des fins de rationalisation ou de contrôle du travail, elle perdrait son sens, en plus de représenter une grave dévalorisation pour le métier.

117

Au centre de cette réflexion demeure le dilemme de la reconnaissance du travail de care dans un contexte de rationalisation du travail. Il ne s'agit pas de remettre en question la nécessité de rendre des comptes sur le travail ou de l'évaluer, mais de questionner: quelles sont les méthodes pour mesurer, qui mesure le travail et de qui mesure-t-on le travail?

Dans le contexte économique actuel, le travail est mesuré à l'intérieur d'un système d'équipements qui « s'adapte aux besoins des bénéficiaires »⁷ et où l'individu client et le travailleur et la travailleuse forment des unités autour desquelles le système s'adapte (ou non) selon les priorités des prestations à offrir. Il faut entendre par « priorités » le contrôle des coûts et la couverture légale auxquels viennent se greffer les enjeux politiques liés à des résultats à court terme. Il en découle une représentation du travail et de celles et ceux qui l'accomplissent qu'on peut qualifier par le terme d'équipement: les prestations sont présentées comme si elles étaient dissociables l'une de l'autre, transposables et remplaçables. Dans le plan stratégique neuchâtelois, évoqué dans l'introduction, les mots utilisés pour amener les différentes réformes sont ambigus. Il est question de qualitatif pour une évaluation qui cherche à quantifier, d'un système centré sur la personne alors que tout semble réversible en lien avec ce

qui détermine le fonctionnement de cette grande machine. Les mots se trouvent déconnectés de la réalité vivante et concrète du travail: «Ce langage qui oblitère le réel, déréalise le monde et enlève aux actions toute dimension morale, est celui de la bureaucratie industrielle. Il est un langage technique qui enlève aux mots leur impact humain, c'est-à-dire leur sens » (Faucheux, 2010, p. 39).

Le concept de care résout en partie le problème posé par la mesure du travail d'attention à autrui. D'abord, il révèle ce qui est occulté par la mesure. Ensuite, il interroge les fondements et le sens des méthodes d'évaluation du travail, ce qui permet de penser les inégalités qui surgissent dans la prise en compte des dimensions temporelles plus qualitatives du travail. Enfin, il permet d'amener sur l'espace public la question éthique et morale de la dispense d'un soin. Et qui, sinon les professionnel-le-s seraient à même de décrire l'expérience du soin, de manière à la faire sortir de l'ombre et du silence ? Aller au-devant de cette gageure permet une prise de conscience de l'expérience du care, de sa valeur et des enjeux qu'il représente.

La mise en récit que j'ai expérimentée ici révèle et valorise l'expérience de ce travail, qu'elle rend concret et accessible à un observateur extérieur. En revanche, ce procédé n'est pas transposable hors du contexte de la

L description singulière et sa mise en pratique est très contraignante. De plus, si ce procédé met qualitativement en lumière le travail de care et donne à voir sa signification profonde, cela ne suffit pas à réaliser sa reconnaissance. Aujourd'hui, l'évaluation semble contrainte d'exclure ce type d'approche par une injonction que l'on pourrait résumer ainsi : « Montrez ce que vous faites, mais avec des chiffres ! »

Mieux reconnaître le travail de care pour qu'il soit mieux rémunéré ? Oui, mais pas seulement... Cette reconnaissance du care interpelle la société au sens large en posant la question de la place donnée au souci de l'autre dans sa vulnérabilité. Ce souci, cette attention, c'est la garantie de préserver l'humanité qui se déploie dans la dispense d'un soin. Passer à côté en proposant de rémunérer un travail de soin sur la base de prestations mesurables, c'est se déresponsabiliser de ce que suppose le travail d'attention à l'autre, c'est nier les compétences qui y sont associées et la valeur de ce qui est en jeu quand un être humain prend soin d'un de ses semblables.

- 1 Ce projet appliqué s'inscrit dans le prolongement d'une recherche sur l'action publique dans le domaine de l'aide et des soins à domicile des personnes souffrant de démence dans ces trois cantons. Il a reçu le soutien de Promotion Santé Suisse, ainsi que de la Fondation Leenaards, de l'Association suisse alzheimer et du Fonds culturel Migros (Lucas et Giraud, 2010).
- 2 Le canton de Genève est francophone, urbain et de tradition protestante. Le canton du Valais est bilingue (l'enquête a été réalisée dans la partie francophone), mais rural et de tradition catholique. Enfin, le canton de Thurgovie est germanophone, protestant et de structure urbaine mixte. Par ailleurs, dans le contexte du fédéralisme, la prise en charge du care donne lieu à des types d'arrangements bien différenciés, qui forment des modèles distincts. Ces cantons s'inscrivent chacun dans un modèle différent. Pour une approche comparative, voir Lucas (2010).

LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DE CARE

UNE MÉDIATION ENTRE PROCHES DE MALADES

D'ALZHEIMER ET INTERVENANT·E·S AU DOMICILE

Olivier Giraud et Barbara Lucas

es éthiques du care sont porteuses d'un véritable projet de société: revaloriser normativement, socialement et politiquement le soin apporté aux personnes dépendantes. L'enjeu est d'importance en Suisse, un pays qui s'est longtemps reposé sur la discrétion et la gratuité du travail des femmes au foyer pour faire l'économie d'une politique active en la matière. Pour autant, cette reconnaissance du « prendre soin » ne pré-suppose pas qu'une essence du care doive être révélée ou que les « *care-givers* » soient porteurs d'une identité donnée qu'il s'agirait de défendre. À la suite de Nancy Fraser, nous pensons en effet que « ce qui doit faire l'objet de reconnaissance n'est pas l'identité propre à un groupe, mais le statut pour les membres de ce groupe de partenaire à part entière dans l'interaction sociale » (Fraser, 2011, p. 79).

121

Aujourd'hui, le travail de care est effectué par une pluralité d'acteurs et d'actrices aux statuts différents. Ainsi, la prise en charge d'un enfant, l'accompagnement d'une personne handicapée ou l'aide à un vieillard dépendant s'inscrivent dans l'univers familial, mais aussi dans des pratiques professionnelles marquées par des traditions disciplinaires diverses (le soin infirmier, l'animation, le travail social et le plus souvent des activités peu qualifiées de travail domestique ou d'aide à domicile). Sur le terrain, ces différent·e·s intervenant·e·s ne se retrouvent pas toujours sur la meilleure manière de prendre soin, et l'expérience du care – malgré les écrits incantatoires de ses éthiciennes – se vit souvent comme une suc-

cession de frustrations, d'incompréhensions, voire de conflits entre les principales personnes intéressées, aussi concernées et bienveillantes soient-elles.

Dans ce contexte, la lutte pour la reconnaissance du care ne peut faire l'impasse sur une analyse de cette pratique en tant que champ de tensions et sur l'exploration des possibilités d'articulation entre ces différentes expériences du soin. Cette démarche passe selon nous par la mise en dialogue – sur un pied d'égalité – des principales personnes concernées par la pratique du care. Dans cette perspective, la présente contribution se fonde sur une étude des relations entre les proches de personnes atteintes de démences et les intervenant·e·s aux domiciles¹. La maladie d'Alzheimer est en effet un cas emblématique de la problématique du care, tant il est vrai que les personnes qui en sont atteintes – sans espoir de guérison et sans perspective de traitement réel – requièrent des soins essentiellement non médicaux. Par ailleurs, les comportements de la personne malade, qui perd progressivement ses capacités de mémoire, d'orientation, de reconnaissance des personnes, sont souvent déroutants, donnent lieu à des interprétations multiples, voire contradictoires, et génèrent de fortes incertitudes et des tensions dans les réseaux de soin (Samitca, 2004; Lucas et Giraud, 2012).

122

Entre avril et octobre 2010, nous avons organisé une série de quinze focus groupes dans les cantons de Genève, Thurgovie et du Valais – cantons choisis pour leur représentativité de la diversité helvétique². Ces groupes de discussion ont réuni d'une part des proches des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autre part des intervenant·e·s extérieur·e·s (professionnel·le·s ou bénévoles) ayant fait l'expérience de l'aide à domicile de patient·e·s atteint·e·s de démence. La démarche s'inspirait des principes de la médiation, dont le but – en tant qu'instrument de prévention ou de gestion de conflits – est l'explicitation des

3 Ces proches étaient des parents de la personne malade (conjoint·e·s, fils/fille) et l'avaient accompagnée de près durant plusieurs années. Les groupes d'intervenant·e·s étaient composés à la fois de professionnel·le·s des soins et de l'aide à domicile, de bénévoles formé·e·s ou non, ayant tous et toutes une expérience du soin à domicile auprès de personnes atteintes de démence. Les discussions ont été partiellement retranscrites. La consigne était de se remémorer les situations problématiques en lien avec des intervenant·e·s extérieur·e·s (pour les proches) ou en lien avec des proches (pour les intervenant·e·s).

besoins et des attentes mutuelles et l'élaboration de solutions par les personnes directement concernées, avec l'aide d'un tiers neutre, indépendant et impartial (Bonafe-Schmitt *et al.*, 2003). Les discussions ont été organisées suivant les grandes étapes d'une médiation: dans un premier temps, les proches, fort·e·s de leur expérience partagée, ont pu exprimer les difficultés qu'ils et elles avaient rencontrées au contact des professionnel·le·s ou des bénévoles; de même, les intervenant·e·s ont raconté de leur côté le vécu de leurs interventions au domicile de personnes atteintes d'Alzheimer et, dans ce cadre, ont témoigné de leur difficulté à se mettre au diapason des familles. Des propositions ont été formulées pour améliorer la situation. Dans un second temps, ces visions réciproques ont été partagées et nuancées, puis les propositions débattues dans le cadre d'un groupe « mixte » réunissant à la fois des proches et des intervenant·e·s.

Dans le domaine de la santé, la médiation est souvent utilisée comme un instrument de gestion des conflits, une huile dans les rouages permettant d'assurer la pérennité du système et des hiérarchies. Pourtant, elle est aussi potentiellement un instrument de reprise de pouvoir par les parties concernées, et ce particulièrement dans le champ du care (Lucas, 2009). Comme nous le verrons, des tensions fortes qui traversent ce domaine ont pu être mises au jour dans le cadre de ce dispositif. De plus, la confrontation des perceptions réciproques a permis aux acteurs et aux actrices de dépasser le niveau interindividuel des conflits en esquissant un discours commun sur les limites structurelles de leurs actions. Élaboré à l'intersection des sphères privée et publique, ce discours pose les bases d'un care « reconnaissable » et contribue à réunir proches et intervenant·e·s dans un espace de sens commun et autour de revendications communes.

123

LE TRAVAIL DE CARE EN TENSION

Le développement de l'aide et des soins domicile en Suisse est porté aujourd'hui par une nouvelle rhétorique politique, dans laquelle les proches et les professionnel·le·s sont appelé·e·s à développer un « partenariat », sur la base d'une « complémentarité » de leurs actions, tout en revalorisant la spécificité des « liens familiaux ». Pourtant, ces déclarations de principes ne se concrétisent pas forcément sur le terrain, comme il ressort clairement de cette expérience de médiation entre proches et

intervenant·e·s extérieur·e·s.

La première étape d'un processus de médiation consiste à laisser chacune des parties s'exprimer successivement et sans intervention sur sa vision de la situation (Lascoux, 2001 ; Lévesque, 1998). L'organisation de nos focus groupes a cherché à respecter ce principe. Dans chaque canton, deux focus groupes réunissant des proches et deux focus groupes réunissant des intervenant·e·s ont été d'abord été organisés séparément, de façon à laisser émerger les visions et les attentes spécifiques à chaque groupe³. Les critiques en effet ne se formulent que rarement d'emblée, mais s'épanouissent progressivement dans les récits de vie recueillis, dans la succession des « incidents » relatés comme autant d'événements apparemment discontinus.

124

Pour la constitution des groupes et l'animation des discussions, la méthodologie des focus groupes a été mobilisée (Berg, 2001 ; Krueger et Casey, 2000). Cette méthode permet notamment de récolter des données riches sur la diversité des points de vue de personnes autour d'un même sujet et de focaliser progressivement la discussion sur les points centraux de façon à approfondir notre compréhension de ces perceptions, notamment dans le domaine de la santé (Powell et Single, 1986). En l'occurrence, deux focus groupes spécifiques par canton représentent un nombre réduit, ce qui doit nous inciter à la prudence quant à l'interprétation des résultats, particulièrement si l'on désire tirer des conclusions pour chacun des cantons. Toutefois, dès lors que l'on regroupe les six focus groupes cantonaux effectués avec des proches ou les six autres effectués avec des intervenant·e·s extérieur·e·s, une forte redondance émane sur certains points, qui nous autorise à penser que ces débats mettent le doigt sur des traits caractéristiques du système de santé suisse. En l'occurrence, ces discussions ont fait émerger de fortes lignes de tensions entre proches et intervenant·e·s extérieur·e·s, notamment autour des compétences de chacun, du manque d'autonomie décisionnelle et des relations interpersonnelles.

LES TENSIONS À PROPOS DES COMPÉTENCES

Les politiques d'aide et de soin à domicile tablent officiellement sur la « complémentarité » entre le travail des aidantes et des aidants familiaux et celui des professionnel·le·s du soin. Or, les conflits qui ont été exprimés

le plus fréquemment lors de nos différents focus groupes sont des conflits de compétence, qui mettent en évidence une concurrence plutôt qu'une complémentarité entre des normes opposées de la qualité des soins.

D'un côté, les aidant·e·s professionnel·le·s contestent la capacité des proches à réagir de manière adaptée à la maladie. Il leur est reproché parfois d'être dans une attitude de surprotection de leur parent malade ou, au contraire de ne pas être suffisamment conscient·e·s de ce qui est en jeu: « Souvent les proches parlent des malades et de leur état devant eux; comme s'ils n'étaient pas là. » Pour plusieurs intervenant·e·s, les proches ne laissent pas un accès suffisant à la personne soignée, limitant ainsi leur capacité à exercer de façon professionnellement satisfaisante. Les conflits dans les fratries ou entre les conjoint·e·s soignant·e·s et d'autres membres de la famille sont également cités pour les perturbations qu'ils génèrent dans le fonctionnement du système de soin. Dans tous ces cas, la compétence reconnue, validée et jugée comme la seule valable par les intervenant·e·s extérieur·e·s est fondée sur la norme de professionnalité qui est la leur.

125

De leur côté, les proches aidant·e·s reprochent régulièrement l'inadéquation des interventions extérieures. Certain·e·s se plaignent que des professionnel·le·s arrivent trop tard, cassant un rythme familial laborieusement mis en place et détruisant de fragiles équilibres: « Tout est à recommencer après le passage du service d'aide. » Dans deux cantons, des proches insistent sur l'attitude infantilisante des intervenant·e·s vis-à-vis des malades, jugée indigne: « Ils [les aidant·e·s professionnel·le·s] éduquent les malades à la dépendance plutôt que de leur montrer comment devenir plus autonomes. » Le manque de temps que les professionnel·le·s des services d'aide et de soins à domicile peuvent consacrer à la personne malade est également une source de grande frustration. De manière générale, la compétence que la plupart des proches aidant·e·s revendiquent pour eux-mêmes et elles-mêmes est celle de la connaissance intime des personnes fragiles. Cette connaissance des goûts, des habitudes, du caractère des personnes à soigner, apparaît alors comme la seule règle légitime pour guider les

4 (Note de la p. 124.) Par exemple, lorsque les individus « fuguent », ou plus exactement sortent puis se perdent en chemin, ou lorsque leur état de confusion peut les amener à agir dangereusement au domicile, ou encore, que leur niveau d'angoisse leur rend toute absence d'un conjoint ou d'une conjointe, même brève, difficilement supportable.

soins. Dans certains cas, il est vrai, les aidant·e·s proches survalorisent au contraire les compétences des extérieur·e·s et osent à peine faire état de leurs propres aspirations ou de leurs savoir-faire.

Ainsi, derrière l'apparente symétrie des critiques qui semblent se répondre, on voit bien que se dessinent deux fondements distincts de ce qu'est la compétence. À la norme de professionnalité standard revendiquée par les un·e·s, correspond une norme de connaissance personnelle et ancienne des personnes à soigner.

TENSIONS LIÉES AU MANQUE D'AUTONOMIE DÉCISIONNELLE DES SOIGNANT·E·S

126 Les proches et les aidant·e·s professionnel·le·s sont aujourd'hui appelé·e·s à devenir des « partenaires » du soin. Toutefois, la marge de manœuvre concrète des un·e·s et des autres à l'intérieur de ce partenariat est fortement contrainte, son ampleur dépendant notamment des politiques publiques en vigueur dans les cantons. De manière générale, le second type de tensions identifié dans nos focus groupes renvoie précisément à la difficulté pour les proches et les aidant·e·s extérieur·e·s à se situer à un niveau égal dans la relation.

Cette difficulté est particulièrement marquée pour les proches. L'emprise du soin sur la vie quotidienne et la perte d'autonomie radicale qu'il génère entraînent chez ces personnes un sentiment de diminution, souvent exprimé dans les focus groupes. En effet, le besoin de présence quasi continue aux côtés de la personne malade se fait sentir tôt dans l'évolution de la maladie⁴. Les proches doivent souvent assurer une telle présence (c'est le cas lorsque les moyens financiers ne permettent pas de vraies alternatives) ou, dans des situations plus favorables, organisent et garantissent le passage de témoin. La responsabilité de cette prise en charge continue se concrétise par des tâches et un souci permanent. Les conséquences sont bien connues : les proches aidant·e·s sont épuisé·e·s, leurs liens sociaux se rompent, leur cadre de vie se réduit à leur seul domicile (Bercot, 2003 ; Colvet, Joël et Mischlich, 2002).

L'intervention d'aidant·e·s externes a précisément pour objet cette perte d'autonomie et se confronte aux frustrations qu'elle génère tant chez les malades que chez leurs proches. Ainsi, nombreux sont les proches

qui considèrent que leur capacité à influencer sur les soins, sur leur organisation ou encore sur leur contenu n'est pas suffisamment prise en compte par les aidant·e·s professionnel·le·s: « On est pris, on est sur des rails » ou encore « on ne décide plus ». La plupart ne se sentent pas considéré·e·s comme disposant d'un statut d'égal dans la relation: « Ils [les aidants extérieurs] considèrent que ce sont eux les experts. Au fond, nous, on n'a rien à leur apporter. » Par ailleurs, en exprimant comme nous l'avons vu leur frustration vis-à-vis des pratiques infantilisantes des professionnel·le·s à l'égard des malades, les aidant·e·s proches manifestent bien le fait qu'ils et elles contestent également que la reconnaissance du statut d'égal soit aussi refusée à leur proche malade.

127

De leur côté, les aidant·e·s extérieur·e·s ont également une perception complexe de leur rapport à l'autonomie, notamment face aux décisions à prendre au quotidien dans l'exercice de l'activité de soin. Souvent, ces aidant·e·s sont de fait peu qualifié·e·s, mal rémunéré·e·s, peu considéré·e·s et fortement encadré·e·s par les directives de médecins, de gestionnaires des structures ou encore par les proches aidant·e·s. Les difficultés spécifiques de la maladie d'Alzheimer renforcent encore les appréhensions: « Avec cette maladie, on a toujours peur de faire faux », disent ainsi certain·e·s soignant·e·s, qui redoutent fréquemment de faire courir des risques aux malades. Enfin, les décisions prises par les proches, en l'absence des professionnel·le·s, sont souvent vécues comme des frustrations fortes et sont à l'origine de tensions.

On le constate, les relations de soin, notamment dans le cas des personnes malades d'Alzheimer, se situent à l'intersection de différentes pertes d'autonomie: celle du malade, celle des aidant·e·s proches vite coupé·e·s de leur vie sociale habituelle, mais aussi celle des soignant·e·s extérieur·e·s, souvent peu considéré·e·s par leur hiérarchie ou le système de soin dans son ensemble. Ces autonomies amputées renvoient les personnes concernées à une forte incertitude quant à leur valeur sociale, à leur condition d'être respectable et dont la parole mérite d'être entendue. Elles gênent l'expression des un·e·s et des autres dans les prises de parole, mais surtout dans les délibérations qui engagent les décisions les plus cruciales – faut-il maintenir la personne à domicile? – ou les plus quotidiennes – Madame Y. est-elle en état de participer à une activité de gymnastique? Ce qui ressort alors fortement, c'est le caractère asymétrique des relations, dans un sens ou dans l'autre. La décision unilatérale prise par les proches, qui légalement ou de facto ont beaucoup de droits, peut être très mal vécue par les aidant·e·s extérieur·e·s, alors que la tentative de ces aidant·e·s d'intervenir dans la « gestion » de la personne malade est souvent ressentie comme une exclusion injuste par les proches.

TENSIONS ET CONCURRENCES DES LIENS PERSONNELS

Dans le contexte actuel, les discours politiques qui cherchent à promouvoir l'aide et les soins à domicile insistent souvent sur la spécificité, voire l'irréductibilité des liens familiaux et sur leur valeur intrinsèque. Or, dans le cas de la maladie d'Alzheimer, l'accompagnement se déroule sur de nombreuses années et implique, on l'a vu, une pluralité d'intervenant·e·s au domicile. Cette situation met en cause la nature même des liens que ces différentes personnes entretiennent avec les malades. Ainsi, s'il est relativement banal de constater que les destinataires du soin – et c'est souvent le cas des malades d'Alzheimer – ont des relations parfois houleuses avec leurs aidant·e·s proches, on pense moins au fait que la construction de multiples relations de soins vient questionner, voire trans-

5 Trois focus groupes mixtes ont été réalisés (un par canton). C'est donc dans des contextes différenciés – porteurs de contraintes et d'opportunités politiques et institutionnelles diverses – que se situent l'intervention des *spitex* ou autres interventions extérieures.

former, ces relations personnelles que les proches entretiennent avec « leur » malade.

Un grand nombre des doléances exprimées aussi bien par les proches que par les aidant·e·s extérieur·e·s concernent cette dimension intime et sentimentale de la relation de soin. Très régulièrement, les proches regrettent la rotation trop fréquente des personnels soignants qui ne permet pas aux malades de construire un lien rassurant et riche du point de vue de son contenu sentimental: « On ne sait jamais sur qui on va tomber. Mon mari accepte certaines personnes d'emblée, mais ça n'est pas toujours le cas. » Ou encore, ces proches déplorent la présence bien trop brève des aidant·e·s extérieur·e·s: « À peine arrivés, ils sont déjà repartis. Ils n'ont le temps de rien faire. C'est pas vraiment une aide conséquente. » Parfois, à l'inverse, lorsque la relation entre le proche soigné et la personne extérieure devient forte et que les malades manifestent leur affection au soignant ou à la soignante, les proches s'en prennent à ces aidant·e·s qui, professionnel·le·s ou bénévoles, ne sauraient pas trouver la bonne distance. Enfin, dans les fratries ou les familles, les contraintes posées par les exigences du soin, les décisions qu'il faut prendre ou encore les compléments financiers qu'il faut apporter finissent parfois par déclencher des conflits dans lesquels les dimensions affectives sont centrales.

De leur côté, les professionnel·le·s se plaignent parfois de la réticence des proches à les laisser construire une relation de soin empreinte d'affection. Ils et elles dénoncent aussi la volonté affichée par certains proches de vouloir, par la connaissance du malade qu'ils et elles revendiquent, maîtriser l'ensemble de la relation de soin. Ces tensions se font parfois fortes: « Souvent les enfants des soignés sont agressifs avec nous, peut-être parce qu'ils se sentent coupables. » Enfin, les intervenant·e·s font état d'une forme de concurrence dans la relation: le fait que souvent, les personnes malades semblent plus épanouies en leur présence, qu'elles font preuve de compétences qu'elles semblaient avoir perdu en famille, serait mal vécu par certain·e·s proches.

Ainsi, entre relation interpersonnelle et stricte relation de soin, le care se situe sur une marge étroite où les malentendus et les comportements inadéquats sont fréquents. Les tensions qui se nouent ici poussent non seulement à une redéfinition du rapport entre public et privé, mais aussi à une remise en question de ce que l'on entend communément par sphère de l'intime et des liens familiaux.

L'ÉMERGENCE D'UN DISCOURS COMMUN

Dans le cadre d'un dispositif de médiation, la phase d'expression des récits de la part des proches et des intervenant·e·s extérieur·e·s est suivie par une phase de mise en dialogue et de recherche de solutions communes. Cette seconde étape a été réalisée cette fois dans le cadre de groupes « mixtes », réunissant des proches et des professionnel·le·s ou bénévoles. Les un·e·s et les autres ont ainsi pu réagir aux lignes de tensions mises en évidence dans chacun des groupes et ont cherché à dépasser les blocages à partir de situations ou de points spécifiques. Là encore, la récurrence de certains résultats révèle clairement une même dynamique d'élaboration d'un discours commun⁵.

Partant des lignes de tensions identifiées, les premières articulations entre le discours des proches et celui des intervenant·e·s ont trait à la définition du « bon soin », à l'importance de développer des soutiens à la décision ainsi que des espaces de communication. Sur cette base, une revendication commune pour une meilleure reconnaissance du travail de care peut s'amorcer.

131

DES CONFLITS DE COMPÉTENCE AUX CARACTÉRISTIQUES DU « BON SOIN »

La mise en mots du travail de care par les intervenant·e·s comme par les proches à propos des questions de compétences et de qualification a permis de faire émerger un premier consensus sur les critères minimaux du bon soin. Dans les groupes de discussion en effet, les participant·e·s se sont retrouvé·e·s progressivement autour de la particularité des soins requis par une personne atteinte de démence. Cette approche du bon soin à effectuer dans le cas spécifique des malades d'Alzheimer dessine de façon plus générale les contours du care, qui se distingue alors du soin infirmier, plus technique et suivant des protocoles stricts.

Deux caractéristiques principales du « bon soin » ont été mises en avant dans tous les focus groupes. En premier lieu, le bon soin renvoie à la qualité de la relation et, de ce fait, s'inscrit nécessairement dans la durée. Il est constitué d'attention renouvelée, de présence régulière, voire, dans le meilleur des cas, de complicité. Le temps apparaît donc comme une dimension essentielle d'un soin de qualité. Ainsi défini, le care renvoie à un processus d'appropriation mutuel entre la personne malade et le ou la soignant·e. Dans le cas des démences, cette étape est décrite comme étant incontournable: elle seule rendra possible l'acceptation, et le cas échéant, la réalisation, de soins médicaux ou intimes (douche par exemple) par une personne extérieure. Les témoignages sur ce point convergent. Aller trop vite, c'est aller au-devant de crises, de blocages, d'échecs successifs. Au-delà de son efficacité opérationnelle, la qualité relationnelle du care renvoie aussi à la reconnaissance de la personne du patient. Elle permet, selon les participant·e·s, de garantir que cette dernière soit traitée jusqu'au bout comme un sujet et non comme un objet – une chose à laver ou déplacer.

132

Une seconde caractéristique du « bon soin » formulée dans l'ensemble des groupes de discussion est sa flexibilité, la capacité du soignant (proche ou intervenant·e) à s'adapter continuellement à des besoins changeants et à des situations parfois imprévisibles. De ce point de vue, référence est aussi faite au discernement nécessaire pour l'évaluation des situations. Sur ce point, les participant·e·s se rejoignent dans l'idée que ces qualités ne sont pas l'apanage des proches ou d'une profession spécifique: l'ensemble des personnes qui, à un titre ou à un autre, s'occupent du malade, devraient pouvoir les acquérir, combinant formation et expérience.

DE L'INCERTITUDE DU STATUT DE PARTENAIRE À LA NÉCESSITÉ D'UN SOUTIEN À LA DÉCISION

S'occuper d'une personne atteinte de démence à un stade avancé suppose la participation active d'un certain nombre d'intervenant·e·s, qui doivent faire surgir les complémentarités de leurs pratiques et renégocier régulièrement le meilleur moyen de coordonner leurs actions ou fonder une décision. Dans ce contexte, il est intéressant de constater que les tensions repérées autour de l'impossibilité à se faire reconnaître comme un·e par-

tenaire à part entière de la relation (tant du côté des proches que du côté des intervenant·e·s) ont pu être dépassées, dans les trois focus groupes, par la mise en cause des conditions structurelles qui, selon les participant·e·s, expliquent cette situation. De plus, des propositions concrètes ayant trait à une amélioration des conditions de décision ont été avancées.

De fait, dans le cours des échanges, les intervenant·e·s extérieur·e·s ont fait preuve d'une grande empathie vis-à-vis de la situation des proches. La référence à leur degré de fatigue si ce n'est d'épuisement, leur faible accès à l'information, le caractère tragique de certains choix auxquels ces personnes sont confrontées, leur isolement et de fait, le manque de structures de soutien viennent rapidement pondérer les critiques. Nombre de propositions concrètes, élaborées dans ces groupes mixtes, font échos à ce nouveau discours commun sur la nécessité de soutenir les proches pour en faire des acteurs et des actrices à part entière.

En premier lieu, l'importance de diffuser *une information accessible* sur la maladie, les droits ou le réseau de soin est soulignée par les proches comme par les professionnel·le·s dans les trois cantons. Plus généralement, il apparaît que la charge liée au montage d'un système de soins adapté aux malades revient pour l'essentiel aux proches et se révèle particulièrement lourde. De ce point de vue, la fonction d'un *care manager*, indépendant des assurances, est évoquée dans les trois cantons comme un moyen pour soutenir les proches dans cette tâche et jouer un rôle de médiation avec les intervenant·e·s extérieur·e·s. Enfin, cette intervention dans le soutien à la constitution du réseau de soin, si elle doit rester flexible – car certain·e·s aidant·e·s proches, notamment les plus jeunes, n'ont pas de besoins importants en la matière – devrait s'accompagner d'une fonction de suivi *régulier et de long terme* des situations et trajectoires des patient·e·s. Les proches comme les intervenant·e·s des groupes mixtes considèrent qu'une telle personne référente pourrait aider considérablement à la prise de décision aux moments critiques de leurs trajectoires de vie.

DES TENSIONS AFFECTIVES À L'IMPORTANCE DES ESPACES D'ÉCHANGE ET DE COMMUNICATION

La mise en place d'une pluralité de relations de soins, toutes censées contrer ou endiguer les effets de la maladie questionnent les liens personnels et souvent affectifs que les différent·e·s intervenant·e·s entretiennent avec les personnes malades. Les malentendus ou les tensions générés par ces situations, les jalousies, ont été évoqués dans les focus groupes comme un enjeu considérable et particulièrement délicat à aborder, tant du point de vue des proches que des personnes extérieures.

Revenant sur ce constat, les groupes mixtes ont évoqué différents types d'instruments qui, tous visent à améliorer la qualité des échanges et de la communication entre soignant·e·s. Ces instruments sont de deux types complémentaires. En premier lieu, il s'agit de renforcer la communication au sein des systèmes de soin et précisément, de constituer des équipes au sein desquelles les personnes se connaissent, se reconnaissent et s'inscrivent dans une relation de confiance. Les supports à cette communication peuvent être les plus simples, comme un dossier de patient, un cahier de soins, des transmissions d'informations régulières, etc.

134

En deuxième lieu, certains des instruments préconisés dans les réunions mixtes visent plus directement à considérer le ou la malade comme une personne à part entière, et pas simplement en tant que destinataire de toute une série de soins isolés qu'il s'agisse de nutrition, de soins corporels ou de loisirs par exemple. Un tel groupe, en dehors de sa fonction de coordination, remplirait sans doute également la fonction d'un groupe de parole au sein duquel les tensions peuvent s'exprimer et se dénouer.

Le fait de disposer d'un lieu de parole où l'ensemble des soignant·e·s s'entreprendrait du malade, aussi avec ses proches, permettrait, selon nos intervenant·e·s, ce travail de considération de la personne, de son caractère, de sa situation globale, de ses équilibres et de ses besoins affectifs. Ce n'est pas un hasard si cette dimension de « reconstitution » de la personne par la mise en commun des expériences parcellaires et momentanées émerge dans le cadre d'une discussion sur le cas des malades d'Alzheimer. Un des effets les plus douloureux pour les proches mais aussi pour les intervenants réguliers est l'altération – apparente du moins – progressive de la personnalité, le changement de la relation qui s'opère, au point que

les proches doivent se confronter à ce que l'on nomme aujourd'hui un « deuil blanc ». Retrouver une intégrité derrière les changements d'humeur et la dégénérescence est un enjeu essentiel pour ces malades.

LES EFFETS DU CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Ainsi, les discussions menées dans les trois cantons suivent une évolution comparable. Des lignes de tensions sont identifiées autour de la compétence, du manque d'autonomie des proches ou des relations affectives, tensions partiellement dépassées par l'esquisse d'un discours commun portant sur le bon soin, la nécessité de pallier la perte d'autonomie des proches et l'importance de développer des espaces de communication entre soignant·e·s. Significativement, c'est par la dénonciation commune des lacunes et des inégalités produites par le système de santé en Suisse et dans leur canton respectif que ce rapprochement a pu se produire.

Tout d'abord, le *développement insuffisant d'une offre de services adaptée à la situation des malades d'Alzheimer* est pointé comme un problème important. Dans le cadre de l'aide à domicile, le manque de personnel est dénoncé dans les trois cantons (ce qui implique manque de temps, tournus, problèmes d'horaire, etc.), le manque de formation spécifique du personnel aussi. De même, la rigidité des procédures d'intervention est soulignée partout, face à la nécessité d'une approche flexible. Les réactions inadaptées du réseau d'acteurs communautaire (police, commerçants) tout comme les critères de remboursements fixés par les assurances suscitent de vives réactions. Dans nos groupes de discussion, la référence au manque de reconnaissance de la spécificité du cas des démences a clairement permis de dépasser les tensions liées aux compétences ou aux relations affectives pour orienter la discussion vers la recherche de solutions.

Ensuite, la quasi-totalité de nos interlocuteurs et de nos interlocutrices dans les trois cantons a invoqué *les difficultés financières* comme une cause majeure de nonaccès à des services et de limitation du champ du possible, ainsi que de la capacité de décision. La barrière financière empêche ainsi nombre de proches aidant·e·s de bénéficier des services de relève (journaliers, hebdomadaires ou de vacances plus sporadiques) nécessaires à leur bien-être et à leur santé. Cette situation est aussi jugée

problématique par les intervenant·e·s professionnel·le·s, qui se sentent précisément dans l'impuissance de régler ce type de problématique dans le cadre de leur mission de soin à domicile. La référence aux difficultés financières renvoie à l'impossibilité structurelle pour les proches aidant·e·s d'être reconnu·e·s comme partenaires à part entière de l'interaction sociale.

Enfin, le *manque de structure de répit* mise à disposition pour les proches dans les trois cantons est dénoncé d'une seule voix. Cette lacune été pointée récemment par une étude concernant les personnes âgées en général (Perrig-Chiello, Höplinger et Schnegg, 2010) ou par nos propres travaux sur les politiques de prise en charge des malades d'Alzheimer (Lucas, Giraud et Tonka, 2010). Dans ce contexte, les focus groupes réalisés ici mettent en évidence que cet élément a des implications directes sur la relation entre proches et intervenant·e·s (impuissance des intervenant·e·s, frustration, épuisement des proches, sentiment d'incompétence, etc.). Ici encore, proches et intervenant·e·s sont très conscient·e·s des conditions sociales et politiques dans lesquelles se redéfinissent les relations de soins.

136

Significativement, on peut encore repérer dans les groupes mixtes l'émergence d'un discours explicite sur la nécessité de mieux valoriser le travail de care effectué. À l'instar de la dénonciation des conditions de vie et de travail, ces revendications contribuent aux rapprochements entre proches et intervenant·e·s qui se retrouvent alors dans une position commune de défaut de reconnaissance. Certains proches l'expriment de façon explicite, revendiquant une reconnaissance financière (par les cantons et par les assurances) et une reconnaissance de la valeur des soins fournis, de leur investissement et de leur savoir-faire. Les intervenant·e·s expriment plus indirectement un même manque de reconnaissance lié à leurs conditions de travail, à leur impuissance à agir de la façon qui leur paraîtrait la meilleure du fait de contraintes gestionnaires, ainsi qu'à une organisation hiérarchique de la profession de soignant·e (du médecin, au sommet, au bénévole, tout en bas).

CONCLUSION

Les tensions qui se font jour au quotidien, au sein de systèmes de soins concrètement organisés autour de malades, sont, nous l'avons vu, le plus souvent liées à des incertitudes fortes. La maladie d'Alzheimer en particulier bouleverse les capacités, les identités et les relations entre les êtres les plus familiers. Elle fait intervenir des personnes étrangères dans le cercle des intimes. Dans certaines situations difficiles ou à l'occasion de crises, ces incertitudes se font radicales et submergent les individus. Au quotidien, elles gênent les fonctionnements et tendent les relations humaines.

Ces incertitudes renvoient à deux réalités principales. En premier lieu, elles sont liées aux enjeux de reconnaissance mutuelle dans le domaine du soin aux personnes dépendantes, lui-même mal défini. En second lieu, le travail commun de réflexion et d'élaboration collective autour de potentielles solutions signale que ces pertes de repères lourdes doivent être compensées par des dispositifs qui permettent aux différents acteurs et aux différentes actrices de trouver leur place dans le système de soin, mais aussi de connaître et reconnaître la personne malade. De ce second point de vue, les déficits de reconnaissance sont avant tout structurels et nécessitent des interventions d'ordre politique et institutionnel.

137

Revenons pour commencer sur les tensions liées à des enjeux de *reconnaissance mutuelle* tels qu'ils sont apparus dans le contexte des quinze focus groupes organisés. Les compétences respectives des intervenant-e-s proches ou extérieur-e-s, leur capacité à participer aux décisions à propos de la personne malade et enfin la dimension la plus personnelle, voire intime, des liens entre les différent-e-s intervenant-e-s et les malades, sont les enjeux de reconnaissance qui ont été le plus fréquemment cités. Ces trois types de tension font écho aux différentes sphères de la reconnaissance évoquées par les théories politiques contemporaines, telles que discutées notamment par Lazzeri et Caillé (2004) ou Thompson (2006).

D'abord, la reconnaissance renvoie aux caractéristiques et aux compétences que les individus développent par leurs activités et leurs réalisations sociales. Ce sont les accomplissements qui fondent la place des personnes dans les collectifs et, ainsi, la reconnaissance dont elles bénéficient. La relation de soin mobilise des compétences et des savoir-faire de la part

d'acteurs et d'actrices différentes. De ce point de vue, cette étude indique que, dans le cas du soin aux démences, les proches et les intervenant·e·s externes souffrent d'un manque de reconnaissance mutuelle de leurs compétences respectives.

Ensuite, la reconnaissance renvoie à une communication entre des personnes de statuts équivalents, à une forme de partenariat. En dehors d'aspects strictement formels, il s'agit pour les individus de pouvoir intervenir sur un pied d'égalité pour exprimer son point de vue et manifester ainsi leur autonomie. Notre étude confirme que, dans le cadre de la relation de soin à une personne atteinte de démence, les aidant·e·s non professionnel·le·s ne se sentent pas toujours écouté·e·s et considéré·e·s comme des interlocutrices et des interlocuteurs égaux par les professionnel·le·s de l'aide et des soins à domicile, et plus généralement, par les organismes de financement ou les administrations. Dans notre étude, ces déficits prennent la forme de frustration, de sentiments d'impuissance et de tensions entre proches et intervenant·e·s.

Enfin, la reconnaissance s'épanouit dans la sphère intime, qui suppose la connaissance de l'autre, de sa singularité. On re-connaît autrui parce qu'on le connaît, et qu'à son tour, il nous connaît et reconnaît. La relation interpersonnelle prend alors la forme d'un lien de parenté, d'une amitié, d'une relation amoureuse, ou d'un lien constant qui s'établit à l'occasion d'une relation de soin. Cet aspect interpersonnel de la reconnaissance permet de saisir les raisons qui font privilégier le maintien d'une relation de care sur le long terme, qui précisément permet l'interconnaissance, et donc, la reconnaissance. Il n'implique pas seulement que le soignant ou la soignante fasse preuve de patience, d'attention, de soin à l'égard de la personne qui reçoit le care, mais bien aussi que cette bénéficiaire du soin connaisse, reconnaisse et procède à des investissements sentimentaux à l'égard de la personne qui accomplit ce travail de care. Dans ce sens, l'aspect interpersonnel de la reconnaissance donne à voir les raisons des sentiments de jalousie, de concurrence qui se manifestent souvent entre les proches et des aidant·e·s extérieur·e·s dans le soin à une personne malade d'Alzheimer.

Partant, les tensions qui se font jour au quotidien dans les systèmes de soins ne sont pas insurmontables. Les échanges d'expérience ont permis à nos participant·e·s de développer des discours communs, mais

aussi d'identifier des solutions, ou au moins, des dispositifs de soutien qui correspondent à leurs diagnostics partagés. Or, ce dépassement des tensions s'est effectué par le biais d'une identification par les deux parties des conditions structurelles du care. Ce passage de l'interpersonnel au structurel a permis de créer une alliance discursive entre proches et intervenant-e-s et l'on a vu s'esquisser une demande commune de reconnaissance.

De ce point de vue, le résultat ces discussions nous fournit une esquisse de discours commun qui, bien évidemment, ne vaut pas diagnostic. Toutefois, les éléments formulés par les participant-e-s aux *focus groups* font clairement écho aux caractéristiques politiques, sociales et institutionnelles du care en Suisse – caractéristiques qui peuvent expliquer la persistance d'un déficit de reconnaissance structurelle. Comme dans de nombreux systèmes nationaux, le domaine du soin aux personnes dépendantes est en effet segmenté, en une série de compétences et de financements qui s'étendent de la Confédération aux communes, en passant bien sûr par les cantons qui sont des acteurs majeurs du domaine, mais qui vont aussi de l'AVS aux associations ou aux assurances privées. Dans des systèmes aussi fragmentés, l'identification des déficits structurels et leur traitement nécessitent des coordinations complexes et longues. En deuxième lieu, derrière la segmentation du système d'action publique s'abrite l'incapacité des acteurs politiques de refonder une logique de répartition des responsabilités face à la dépendance, notamment celle des personnes âgées. En Suisse, mais c'est de nouveau le cas dans bien

des pays du monde, on s'accommode d'un fonctionnement hérité, sur lequel on appose des rustines ou que l'on bricole d'une façon ou d'une autre, avant tout à l'échelle locale. Pour le reste, les blocages financiers (qui va payer?) prévalent. De nouvelles attentes sociales, même lorsqu'elles occasionneraient des dépenses modestes, sont identifiés, mais les ressources supplémentaires ne sont pas débloquées parce que le partage des responsabilités n'est pas clair.

En résumé, le soin aux personnes dépendantes est encore marqué,

1 Révision de la LaMal soumise au vote le 17 juin 2012 et concernant le « développement des réseaux de soins intégrés » autour d'un médecin appelé à coordonner l'entier de la prise en charge et du traitement des patient-e-s.

symboliquement mais aussi dans sa réalité concrète, par la mobilisation de solidarités informelles : celle qui unit les couples, les familles ou parfois des ami·e·s ou voisin·e·s. Incapables de financer entièrement la prise en charge de la dépendance, les politiques publiques ne parviennent pas à intégrer efficacement l'apport déterminant que représentent ces solidarités dans le cadre de système de soins complexes. La non-clarification des attributions et des responsabilités maintient des ambivalences sur la reconnaissance du care et ne lève pas les incertitudes auxquelles sont confrontés les acteurs et les actrices de terrain. Dans ce contexte, la rhétorique de la complémentarité et du partenariat entre proches et professionnel·le·s, tout comme la valorisation a priori des liens familiaux ne se traduit pas forcément par un surplus de reconnaissance du care, mais plutôt par un ensemble de tensions fortes dans les réseaux, difficiles à vivre pour les soignant·e·s et qui dégradent le soin apporté aux malades. Certes, des arrangements se nouent fréquemment au niveau local. Dans des systèmes concrets, de proximité, de confiance, des solutions émergent. Elles restent cependant fragiles, liées à la présence d'accords peu formels entre des individus de bonne volonté et fort rétives à l'institutionnalisation, signe de leur non-conformité à des accords sociaux plus profonds, qui n'existent pas, ou pas encore.

CONCLUSION

VALORISER LE TRAVAIL DU CARE : UN ENJEU D'ÉGALITÉ

Marianne Modak

142

« Si, à travers les activités de care, est dévoilée une série d'inégalités sociales et de positions de pouvoir (...), le care est aussi indissociablement conçu comme un projet politique se voulant égalitaire et démocratique, visant à conférer de l'importance à celles et ceux qui permettent, par leur existence et leur travail, l'indépendance et l'autonomie des bénéficiaires. » (Mosconi et Paoletti, 2011)

a préface de ce livre contient une mise en garde, de la part de professionnel·le·s qualifié·e·s, contre la dégradation des conditions d'exercice de leur métier et elle fait écho, au moment où nous mettons sous presse cet ouvrage, au refus d'une partie importante de la population et des personnels de santé d'accepter la révision de la Loi sur l'assurance maladie qui dégraderait, selon ces derniers, la qualité des soins et leurs conditions de travail¹. Ces professionnel·le·s ne reconnaissent plus leur métier qui, chamboulé par les transformations des politiques sociales et l'importation du modèle managérial dans les services sociosanitaires, ne respecte plus suffisamment, à leurs yeux, les valeurs d'équité, d'humanité et de dignité qui, attachées au prendre soin, lui donnaient du sens. Sans elles, le risque

est grand que ce métier traite mal les destinataires des soins et ne respecte plus celles et ceux qui produisent ce soin.

C'est donc au cœur même de leur activité que ces professionnel-le-s estiment être atteint-e-s, et l'intérêt manifesté pour le care traduit de leur part une volonté de faire reconnaître leur travail et de le valoriser en protégeant les conditions dans lesquelles il devrait s'effectuer. Il s'agit donc pour ces personnes, en important un concept relativement nouveau dans le secteur sociosanitaire professionnalisé, de montrer à des profanes, et des bénéficiaires potentiels de soins, la nature paradoxale de leur activité, qui n'est jamais aussi efficace que lorsqu'une part importante des compétences qu'elle mobilise est invisible. Or, la marge de manœuvre qu'exige cette activité complexe se restreint considérablement.

Les professionnel-le-s en sont conscient-e-s, mais se sentent souvent impuissant-e-s, finalement, à s'opposer aux transformations imposées par la nouvelle gestion publique dans leurs services respectifs: lente dépossession d'initiative dans le cadre d'une activité de plus en plus évaluée, mesurée, réglementée; résignation face à la réduction progressive de la durée prévue pour le traitement des situations; autrement dit, adaptation à l'exigence de productivité, alors qu'elle va à l'encontre du travail de *prendre soin*. L'économiste Mascha Madörin le rappelle d'ailleurs avec pertinence: s'il est possible de construire plus vite une voiture, il semble difficile d'imaginer élever *plus vite* un enfant, ou soulager *plus vite* le traumatisme d'une personne victime de violence, par exemple.

Ce livre est donc construit autour de questions soulevées dans la préface et qui vont bien au-delà d'une revendication corporatiste: comment montrer que la maîtrise d'une marge de manœuvre temporelle est la condition de l'accomplissement d'un travail de qualité; comment persuader que celui-ci, dans ses dimensions relationnelles et émotionnelles aussi, est le fruit d'une formation et d'une expérience et non une disposition innée de personnes « faites naturellement pour le métier »; comment par-

2 Plus de 10% d'emplois EPT en plus entre 2005 et 2008 (Communiqué de presse de l'Office fédéral de la statistique, 29 septembre 2009).

3 P.-E. Gaberel (2009). *Enquête Tripartite-FORs 2008 sur la situation de l'emploi dans le domaine social en Suisse romande. Rapport final*. Lausanne: Haute école de travail social et de la santé.

4 Selon la directrice de l'Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile ALSMAD, Lausanne (citée dans la préface).

venir à exprimer la complexité et la variété de l'activité sans réduire cette description à une mesure, à une quantité, bref à une évaluation ? Les articles d'Olivier Giraud et Barbara Lucas, ainsi que celui de David Fuehrer, avec des approches très différentes, esquissent, on l'a vu, des voies possibles de mise en visibilité et de reconnaissance du care, les premiers en montrant que celle-ci passe prioritairement par la défense de statuts très différenciés, et hiérarchisés, entre les pourvoyeuses professionnelles et familiales de soins à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le second a choisi la voie, délicate, de la description minutieuse et qui se veut exhaustive de sa propre activité d'éducateur. Son texte illustre de manière magistrale la complexité des responsabilités assumées dans le cours d'une seule journée, il en révèle à la fois la technicité, mais aussi la maîtrise émotionnelle, ainsi que la part d'humanité indispensables au bon accomplissement de son travail et, tout aussi important sans doute, pour tenir dans un tel emploi. Le texte place les lecteurs et les lectrices dans la peau de cet éducateur, il les convainc que rien dans cette activité n'est inné ; tout est compétences acquises, apprises, et constamment remises en question à l'aune des situations et des besoins exprimés.

144

Est-ce au moyen d'une description aussi minutieuse et complète soit-elle, que s'effectuera la reconnaissance des métiers sociosanitaires ? Mis à part le fait, on le pressent à la lecture de l'article de David Fuehrer, qu'une telle description pourrait bien n'avoir pas de fin, ne va-t-elle pas à l'encontre de l'objectif revendiqué dans la préface, à savoir la préservation d'un espace temporel et décisionnel, qui ne serait pas soumis à évaluation et quantification, pour une part du travail en tout cas ? Autrement dit, même si elle ne se revendique pas comme telle, la démarche descriptive de David Fuehrer consistant à tout mettre en visibilité – un peu à la façon du taylorisme, avec cependant une différence essentielle consistant à montrer que l'articulation et la surimposition des tâches, irréductible, demande une disponibilité et une écoute constantes (Bessin et Gaudart, 2009) – ne va-t-elle pas à l'encontre de l'objectif de reconnaissance visé ? Devoir décrire pour exister, n'est-ce pas la démonstration que le travail

5 Une étude récente menée conjointement dans trois pays (France, Brésil, Japon) démontre que la majorité des emplois de service accessibles ne sont pas qualifiés : la reconnaissance des compétences de prendre soin n'est de loin pas la tendance qui se profile au plan international.

de care n'est pas reconnu? Que ce qui est censé révéler le care, en confirme la place subordonnée?

Pierre Gobet propose une alternative en développant l'idée que le concept de care peut déboucher sur une conception particulière de la qualité dont il esquisse les traits, définissant ainsi les linéaments d'une qualité «de haut niveau» des soins, telle qu'elle est inscrite dans la LAMal depuis 1996. Sur cette base, le care pourrait servir de repère permettant de maintenir un niveau de soin correspondant à l'idéal professionnel et qui serait à même de faire front contre la rationalisation en cours. Un idéal qui, dans l'esprit des auteur-e-s de la préface, pourrait être l'emblème d'une identité professionnelle positive à même d'accompagner le processus de professionnalisation tout en préservant la part d'humanité de leur travail. Le risque, cependant, est que cette humanisation ne soit qu'un ornement et que la reconnaissance des qualifications des métiers socio-sanitaires repose sur des *compétences tronquées*, c'est-à-dire exclusivement techniques et gestionnaires, les dimensions relationnelles et émotionnelles étant renvoyées à des qualités personnelles et privées.

145

La non-reconnaissance du care est liée à la faible valorisation des métiers de soins en termes de qualification, c'est-à-dire au fait que l'on assimile les compétences requises dans ces métiers, «à des qualités <naturelles> des femmes» (Bereni, Chauvin, Jaunait et Revillard, 2008, p. 128). Par conséquent, montrer que l'empathie, le soutien, l'écoute accompagnent les activités de service à la personne attirera probablement l'attention des profanes, et peut-être une admiration empreinte du soulagement de ne pas être à la place du ou de la professionnel-le, mais cela n'en qualifiera pas plus l'activité. Le texte de Natalie Benelli le montre bien, c'est la définition sociale d'un travail non-productif à l'origine confiné dans la sphère domestique, qui le déprécie et donc l'invisibilise. Cela rend donc tout à fait vaine l'idée qu'une description fidèle rendrait toute sa valeur aux métiers du «prendre soin». L'obstacle, ici, est politique, comme le démontre l'analyse de Marie Garrau, il réside dans le rapport de pouvoir et d'exploitation que sous-tend l'assignation du travail de soin aux catégories sociales défavorisées, les femmes en premier lieu. C'est donc à une analyse du système de genre et de classe que conduit en définitive, et à mon sens prioritairement, l'utilisation du concept de care pour définir le travail de *prendre soin* et la reconnaissance des métiers sociosanitaires. Cette analyse sous-tend une critique générale

de la division sexuelle du travail qui conduit au fait que la responsabilité morale et pratique du soin non seulement a été assignée aux femmes, mais qu'elle le reste encore largement de nos jours, quand bien même quelques hommes aussi s'en chargent. Cette assignation est la cause, la preuve et la raison du maintien de la dévalorisation de ce travail.

Aussi, que des professionnel·le·s aguerris mobilisent le concept de care pour mettre quelques bémols au processus de technicisation et de rationalisation de leur métier n'est pas anodin. Ces professionnel·le·s sont conscient·e·s que l'enjeu des changements en cours est, d'une part, la reconnaissance de leurs statuts professionnels sur la base d'une qualification pleine et entière de toutes les compétences, et de l'autre, que cette qualification ne se paie pas, au sein d'un même métier, d'une hiérarchisation de la gestion et de l'exécution du soin en fonction des statuts professionnels. L'on assiste de nos jours en Suisse à une forte croissance des secteurs professionnalisés de l'action sociosanitaire². Elle va de pair avec un maintien tout aussi fort, dans certains secteurs, d'emplois non qualifiés (Devetter et Rousseau, 2011). En Suisse romande, par exemple, 30 % des employé·e·s du domaine social exerçaient en 2008 sans posséder un diplôme du domaine³. Par ailleurs, on sait que c'est dans le secteur des aides à domicile que la majorité du personnel est constitué de femmes sans formation, pour lesquelles la frontière entre engagement professionnel et engagement personnel est parfois difficile à tracer, et qui montrent une tendance à « tout faire et tout donner sans limite »⁴. Ce sont donc des personnes qui ne sont pas en mesure de poser des limites aux sollicitations de bénéficiaires qui n'en attendent pas moins de la part d'une femme, et ce d'autant plus que le travail s'exerce dans des conditions privées et proches du travail domestique. La disponibilité de la pourvoyeuse va donc de soi.

La professionnalisation protège les femmes contre les excès de disponibilité, mais en partie seulement, comme le montre la recherche conduite en Suisse romande auprès d'assistantes et d'assistants sociaux. Si le care constitue pour les professionnel-le-s des deux sexes une composante de leur identité professionnelle, l'implication au travail n'est pas vécue tout à fait de la même manière, ni n'entraîne tout à fait le même genre d'obligations pour un homme ou pour une femme. L'engagement dans le travail de care est genré au sens, d'une part, où les femmes parviennent moins bien à se protéger contre des excès de responsabilisation (on attend plus d'implication de leur part); et où, d'autre part, la manière qu'ont les hommes de se protéger se manifeste plus facilement par la possibilité d'assumer des responsabilités gestionnaires et administratives, et donc d'acquérir du statut, sans que cela passe, chez eux, pour du manque de care.

148 La réflexion menée par les auteur-e-s de cet ouvrage et souhaitée par les auteur-e-s de la préface va au-delà d'un questionnement de leurs seules pratiques sociosanitaires et de l'organisation du travail de soin. La portée critique du care est globale, elle s'inscrit dans le contexte actuel de recomposition de la division sexuelle et internationale du travail de *prendre soin*: entre femmes et hommes d'abord, entre sociétés « du Nord » et « du Sud » ensuite, et entre personnes de statuts différents, enfin. Cette recomposition place donc au premier plan des préoccupations la question des inégalités et des discriminations découlant de l'attribution différenciée du travail de soin, et de sa délégation vers des catégories sociales jugées inférieures: nounous africaines ou asiatiques; aidantes familiales, etc. La croissance massive de la demande de soin et de l'offre de gisements d'emplois non qualifiés pour répondre à cette demande (Hirata, 2011)⁵, se déploie maintenant dans l'espace mondialisé du marché de la servitude (Fraisse, 2009; Ibos, 2012; Ray et Quayum, 2009). Dans ces emplois, les femmes majoritairement, et tout particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes migrantes, constituent un « prolétariat urbain particulièrement vulnérable, parce qu'atomisé, peu susceptible de stratégies collectives » (Ibos, 2012, pp. 201-202). Elles sont d'autant plus fragilisées qu'elles sont déconsidérées par le fait d'assumer le « sale boulot », nommé ainsi parce qu'il peut être délégué à des catégories subalternes, jugées peu redevables d'une formation et donc d'une qualification. Manquer de ces

pourvoyeuses, conduirait les sociétés occidentales à perdre « en humanité

et donc en justice » (Ibos, 2012) ou, très prosaïquement, à voir leurs éco-

nomies s'effondrer comme le montre l'article de Mascha Madörin.

Certaines études suggèrent de nos jours que la reconnaissance des compétences de care n'est pas incompatible avec le maintien des discriminations de genre (Modak, 2012). Ces compétences sont en effet valorisées différemment selon qu'elles concernent les responsables de l'organisation et de la définition de la prestation de care, ou les personnes qui la délivrent. Si, comme le rappelle le texte de la préface, les quatre étapes du care évoquées par Joan Tronto concernent en effet les domaines et les professions sociosanitaire dans leur ensemble, elles différencient et hiérarchisent fortement les statuts de ceux et celles qui sont situé·e·s tout au long de la chaîne du care. Par conséquent, une revendication portant sur la reconnaissance du care devrait parallèlement questionner cette hiérarchisation, sinon le risque que les femmes restent confinées à un travail de care invisible car « improductif » est bien réel. Ainsi, la lutte pour une identité professionnelle valorisée, au nom du care ne saurait être séparée de la lutte pour l'égalité entre les sexes dans ces métiers.

BIBLIOGRAPHIE

Abel, E. , Nelson, M. (dir.). (1990). *Circles of Care. Identity and Work in Women's Lives*. Albany: State University of New York Press.

Académie suisse des sciences médicales. (2004). *Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance*. Bâle: ASSM.

Adkins, L. (1995). *Gendered work: Sexuality, family and the labour market*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Aktion Gsundi Gsundheitspolitik (éd.). (2011). *Schwarzbuch. Wir können dich zwingen*. Zurich: aggp.

152 Alleva, V. , Moretto, M. (2009). « Angestellte in Schweizer Privathaushalten: Normalarbeitsverträge statt prekäre Arbeitsverhältnisse ». In H. Baumann, B. Ringger, H. Schatz, W. Schöni, B. Walpen (éds), *Denknetz Jahrbuch 2009: Krise. Lokal, Global, fundamental* (pp. 164-170). Zurich: Édition 8.

Anderson, B. (2010). « Migration, Immigration Controls and the Fashioning of Precarious Workers ». *Work, Employment and Society*, 24 (2), 300-317.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). « Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung ». In A. Franke, M. Broda (éds), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenes Konzept* (pp. 3-14). Tübingen: dgvt.

Aphatie, J.-M., « Le « care » ou la « nunucherie » en politique ». Récupéré de [www.rtl.fr/blog/aphatie/le-care-ou-la-nunucherie-en-politique-15-04-7675263712]. Consulté le 15 avril 2010.

Association suisse des infirmières et infirmiers (1989). « Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers (Standards de soins) ». *Soins infirmiers*, 5. (Tiré à part).

Association suisse des infirmières et infirmiers (2007). *Responsabilité et qualité*

dans les soins infirmiers. Berne : ASI.

Association suisse des infirmières et infirmiers (2010). *Maltraitance envers des patients ou résidents par des infirmiers ou infirmières*. Berne : ASI.

Audétat, M., « À gauche, on a le < care > sous la main ». *L'Hebdo*. Récupéré de [www.hebdo.ch/a_gauche_on_a_le_care_sous_la_46485_.html]. Consulté le 23 juin 2010.

Avenir Social. (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse*. Berne : Avenir social.

Avril, C. (2006). « Aide à domicile pour personne âgée : un emploi-refuge ». 153
In E. Flahault (dir.), *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation* (pp. 207-217). Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Avril, C. (2008). « Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude ». *Retraite et société*, 53 (1), 49-65.

Baier, A. C. (1986). « Trust and antitrust ». *Ethics*, 96 (2), 231-260.

Baier, A. C. (2005). « Ce que les femmes attendent d'une théorie morale ». In P. Paperman, S. Laugier (éds), *Le souci des autres* (pp. 73-85). Paris : Éditions de l'EHESS.

Baines, D. (2006). « Staying with People who Slap us around: Gender, Juggling Responsibilities and Violence in Paid (and Unpaid) Care Work ». *Gender, Work and Organization*, 13 (2), 129-151.

BASS (Bureau BASS). (2002). *Situation professionnelle du personnel soignant dans le canton de Berne*. Berne : Bureau BASS.

Baumol, W. J. (juin 1967). « Macroeconomics of Unbalanced Growth : the Anatomy of Urban Crisis ». *The American Economic Review*, 57, 415-426.

Benelli, N. (2-3 septembre 2010). « Divisions du travail dans le nettoyage : quand les rapports sociaux < font > le relationnel ». Communication présentée au Colloque international « La dimension relationnelle des métiers de service : cache-sexe ou révélateur du genre ? », Université de Lausanne.

Benelli, N. (2011). *Nettoyeuse. Comment tenir le coup dans un sale boulot*. Zurich : Seismo.

Benelli, N., Modak, M. (2010). « Analyser un objet invisible ? : le travail de care ». *Revue française de sociologie*, 51 (1), 39-60.

Bercot, R. (2003). *Maladie d'Alzheimer. Le vécu du conjoint*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., Revillard, A. (2008). *Introduction aux Gender Studies. Manuel des études sur le genre*. Bruxelles : De Boeck.

Berg, B. L. (2001). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston : Allyn & Bacon.

Bessin, M. (2009). « La présence sociale en polyvalence de secteur. Enjeux de temporalisation et de sexuation dans l'accompagnement par des assistantes sociales ». In M. Bessin et al. (éds), *Le genre de l'autonomie. Enquêtes sur la sexuation des interventions sociales* (pp. 155-194). Rapport de recherche pour la MIRE/DARES, IRIS-CSPRP.

Bessin, M., Gaudart, C. (2009). « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au principe du genre ? » *Temporalités*, 9, 2-14.

Bien, G. (2006). « Zur Geschichte des (Lebenswelt-)Ökonomiebegriffs ». In M. A. Jochimsen, U. Knobloch (dir.), *Lebensweltökonomie in Zeiten wirtschaftlicher Globalisierung* (pp. 21-45). Bielefeld : Kleine Verlag.

Bonafe-Schmitt, J.-P., Dahan, J., Salzer, J., Souquet, M., Vouche, J.-P. (2003). *Les médiations, la médiation*. Toulouse : Erès, coll. Trajets.

Brumlik, M. (2004). *Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe*. 2^e édition. Berlin: Philo.

Budlender, D. (2004). Why should we care about UNPAID CARE WORK? Harare: UNIFEM. Récupéré de [www.sarpn.org.za/documents/d0000919/P1017Unpaid_Care_Work.pdf]. Consulté le 28 octobre 2009.

Campinos-Dubernet, M., Marry, C. (1968). De l'utilisation d'un concept empirique: la qualification. Quel rapport à la formation? In L. Tanguy (dir.), *L'introuvable relation formation emploi. Un état des recherches en France* (pp. 197-232). Paris: La Documentation française.

Chabaud-Rychter, D., Fougeyrollas-Schwebel, D., Sonthonnax, F. (1985). *Espace et temps du travail domestique*. Paris: Méridiens.

Colvet, A, Joël, M.-E., Mischlish, D. (éds). (2002). *La maladie d'Alzheimer. Quelle place pour les aidants?* Paris: Masson.

Cresson, G. (1998). *Le travail domestique de santé*. Paris: L'Harmattan.

155

Cresson, G., Gadrey, N. (2004). « Entre famille et métier: le travail du care ». *Nouvelles Questions Féministes*, 23 (3), 26-41.

Daune-Richard, A.-M. (2003). « La qualification dans la sociologie française: en quête des femmes ». In J. Laufer, *Le travail du genre* (pp. 138-150). Paris: La Découverte.

De Jong, S., Weicht, B. (septembre 2011). « The Passionate Professional: Negotiating Conflicting Demands of Professionalisation and Vocation ». Papier présenté à « Social Relations in Turbulent Times », 10^e Conference de la European Sociological Association, Genève (non publié).

De Prins, P. (2010). « La spécificité émotionnelle des métiers de soin ». *International Review of Sociology*, 20, 161-179.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critiques des fondements de l'évaluation*. Paris: Institut national de la recherche agronomique (INRA).

Dejours, C. (2010). Cycle de conférences: Le travail, question de confiance. Confiance, peur et suicides au travail. Vidéos 6. Paris: Atemis. Récupéré de [www.atemis-lir.com/videos-conferences]. Consulté le 9 février 2012.

Deleuze, G. (2007). *Le pli, Leibniz et le Baroque*. Paris : Minuit.

Deligny, F. (1998). *Graine de crapule suivi de Les vagabonds efficaces*. Paris : Dunod.

Devetter, F.-X., Rousseau, S. (2011). *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*. Paris : Raisons d'agir.

Donabedian, A. (1980). *Exploration in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approches to its Assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.

Donabedian, A. (2005). « Evaluating the Quality of Medical Care ». *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691–729.

Donath, S. (2000). « The Other Economy. A Suggestion for a Distinctively Feminist Economics ». *Feminist Economics*, 6 (1), 115-125.

156 Doniol-Shaw, G., Lada, E., Dussuet, A. (2007). « Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion » (Rapport de recherche). *Laboratoire Techniques, Territoires et Sociétés*, Université Paris-Est: École nationale des ponts et chaussées.

Dorlin, E. (2005). « Dark Care : de la servitude à la sollicitude ». In S. Laugier, P. Paperman (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (pp. 89-97). Paris : Éditions de l'EHESS.

Du Tertre, C. (2009). « Modèle industriel » et « modèle serviciel » de performance ». *Économies et Sociétés, Série Économie et gestion des services*, 10.

Dubar, C. (1996). « La sociologie du travail face à la qualification et à la compétence ». *Sociologie du Travail*, 38 (2), 179-193.

Dugué, E. (1994). « La gestion des compétences : les savoirs dévalués, le pouvoir occulté ». *Sociologie du travail*, 36 (3), 273-292.

Ehrenreich, B., Hochschild, A. R. (2003). *Global Woman: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*. New York : Metropolitan Books.

Enloe, C. (1989). *Bananas, Beaches & Bases. Making Feminist Sense of International Politics*. Londres/Sydney/Wellington : Pandora.

Eugster, G. (2001). « Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG ». In R. Schaffheuser, U. Kieser (éds), *Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung* (vol. 2, pp. 9-70). Saint-Gall : Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis IRP-HSG.

Faucheux, M. (2010). *Norbert Wiener, le Golem et la cybernétique*. Paris : Édition de Sandre.

Fiechter, V., Meier, M. (1981). *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*. Bâle : Rocom.

Fine, M. (2005). « Individualization, Risk and the Body : Sociology and Care ». *Journal of Sociology*, 41, 247-266.

Folbre, N. (1995). « Holding Hands at Midnight » : The Paradox of Caring Labor ». *Feminist Economics*, 1 (1), 73-92.

Folbre, N. (2006). « Demanding quality : worker/consumer coalitions and « high road » strategies in the care sector ». *Politics & Society*, 34 (1), 11-31.

Folbre, N., Weisskopf, T. (1998). « Did father know best ? Families, markets and the supply of caring labor ». In A. Ben-Ner, L. Putterman (éds), *Economics, values and organization* (pp. 171-205). Cambridge : Cambridge University Press.

Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité 2. L'usage des plaisirs*. Paris : Gallimard.

Fraisse, G. (2010, 19 juin). « L'égalité des sexes reste à conquérir ». *Le Monde*.

Fraisse, G. (2009). *Service ou servitude. Essai sur les femmes toutes mains*. Lormont : Le Bord de l'eau.

Fraser, N. (2011). *Qu'est-ce que la justice sociale ?* Paris : La Découverte.

Gadrey, J. (2010). *Adieu à la croissance. Bien vivre dans un monde solidaire*. Paris : Les Petits Matins et Alternatives économiques.

Garrau, M., Le Goff, A. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*. Paris : PUF.

Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Gilligan, C. (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care* (A. Kwiatek, trad.). Paris : Champs Flammarion.

Glenn, E. N. (1992). « From Servitude to Service Work: Historical Continuities in the Division of Paid Reproductive Labor ». *Signs*, 18 (1), 1-43.

Glenn, E. N. (2000). « Creating a Caring Community ». *Contemporary Sociologies*, 29 (1), 84-94.

Graham, H. (1983). « Caring, a Labour of Love ». In J. Finch, D. Groves (éds), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. Londres : Routledge and Kegan Paul.

Guilbert, M. (1966). *Les fonctions des femmes dans l'industrie*. Paris : Mouton.

Haddad, S., Roberge, D., Pineault, R. (1997). « Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité ». *Rupture*, 4 (1), 59-78.

158 Hart, J. T. (2006). *The political economy of health care. A clinical perspective*. Bristol : The Policy Press.

Hartwig, J. (2005). *Sind unsere gesamtwirtschaftlichen Probleme überhaupt lösbar ?* KOF Institutions de statistiques de l'École polytechnique fédérale de Zurich. Document de travail 112/nov. 2005. Récupéré de [<http://e-collection.ethbib.ethz.ch/eserv/eth:28305/eth-2830501.pdf>]. Consulté le 28 octobre 2009.

Hartwig, J. (2007). *Can Baumol's Model of Unbalanced Growth Contribute to Explaining the Secular Rise in Health Care Expenditure ?* KOF Working Papers. Récupéré de [<http://e-collection.ethbib.ethz.ch/eserv/eth:29969/eth29969-01.pdf>]. Consulté le 28 octobre 2009.

Himmelweit, S. (1995). « The Discovery of « Unpaid Work » : The Social Consequences of the Expansion of « Work ». *Feminist Economics*, 2 (2), 1-19.

Himmelweit, S. (2002). « Making Visible the Hidden Economy: the Case for Gender impact Analysis of Economic Policy ». *Feminist Economics*, 8 (1), 49-70.

Hirata, H. (2011). « Questions sur la qualité des emplois du care : France, Brésil, Japon ». *Travail, genre et sociétés*, 26, 199-203.

Hoagland, S. L. (1990). «Some concerns about Nel Noddings' Caring». *Hypatia*, 5 (1), 109-114.

Hochschild, A. (2000). «Global Care Chains and Emotional Surplus Value». In W. Hutton, A. Giddens (éds), *On The Edge: Living with Global Capitalism*. Londres: Jonathan Cape.

Hochschild, A. R. (1990). *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Francfort/New York: Campus.

Hubault, F. (2009). «L'approche ergonomique des questions santé/travail». *Mouvement*, 2 (58), 97-102.

Hubault, F. (2010). Cycle de conférences: *Le travail, question de confiance*. Conférence introductive. Vidéos 1-7. Paris: Atemis. [www.atemis-lir.com/videos-conferences]. Consulté le 9 février 2012.

Hughes, E. C. (1996). «Métiers modestes et professions prétentieuses: l'étude comparative des métiers». In E. C. Hughes, *Le regard sociologique. Essais choisis* (pp. 123-135). Paris: Éditions de l'EHESS.

159

Ibos, C. (2012). *Qui gardera nos enfants?* Paris: Flammarion.

James, N. (1988). «A Family and a Team». In A. Gilmore, S. Gilmore (éds), *A Safer Death*. New York: Plenum.

Jochimsen, M. A. (2003). *Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science*. Boston/Dordrecht/Londres: Kluwer Academic Publishers.

Jochimsen, M. A., Knobloch, U. (2006). «Lebenswelt als Ort wirtschaftlicher Globalisierung». In M. A. Jochimsen, U. Knobloch (dir.), *Lebenswelt als Ort wirtschaftlicher Globalisierung* (pp. 9-19). Bielefeld: Kleine Verlag.

Keller, V., Tabin, J.-P. (2002). *La charge héroïque. Missions, organisations et modes d'évaluation de la charge de travail dans l'aide sociale en Suisse romande*. Lausanne: Éditions de l'EESP.

Kergoat, D. (1978). «Ouvriers = ouvrières? Propositions pour une articulation théorique de deux variables: sexe et classe sociale.» *Critiques de l'économie politique*, 5, 65-97.

Kergoat, D. (1982). *Les ouvrières*. Paris : Syros.

Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*. New York : Routledge.

Kittay, E. F. (2003). « When caring is just and justice is caring ». In E. F. Kittay, E. K. Feder (éds), *The subject of care. Feminist perspectives on dependency*. Totowa, NJ : Rowman, Littlefield.

Kohlberg, L., Levine, C., Hewer, A. (1983). *Moral stages: a current formulation and a response to critics*. Bâle/New York : Karger.

Kosciusko-Morizet, N. (14 mai 2010). « Care, ou le triomphe des bons sentiments ». Tribune au *Monde*, 14 mai 2010.

Krueger, R.A., Casey, M. A. (2000). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA : Sage Publication.

160 Larrabee, M.-J. (dir.). (1992). *An Ethic of Care. Feminist and Interdisciplinary Perspectives*. New York : Routledge.

Lascoux, J.-L. (2001). *Pratique de la médiation. Une méthode alternative à la résolution des conflits*. Issy-les-Moulineaux : ESF Éditeurs.

Lazzeri, C., Caillé, A. (2004). « La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept ». *Revue du MAUSS*, 23, 88-115.

Le Feuvre, N., Benelli, N., Rey, S. (2012). « Relationnels, les métiers de service ? » *Nouvelles Questions Féministes*, 31 (2), 4-12.

Lemke, T. (1997). *Eine Kritik der politischen Vernunft. Foucaults Analyse der modernen Governmentalität*. Berlin/Hamburg : Argument Verlag GmbH.

Lévesque, J. (1998). *Méthodologie de la médiation familiale*. Saint-Hyacinthe : Edisem-Érès.

Libois, J., Mezzena, S. (2008). « Retrouver un pouvoir d'agir par l'investissement au travail ». *Actualité sociale*, 15, 2-3.

CATALOGUE

Sous la direction de Marianne Modak et Jean-Michel Bonvin

161

RECONNAÎTRE LE CARE.

UN ENJEU POUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

14 x 21,5 cm, broché, 2013, 168 pages, 30 fr., 24 €, ISBN 978-2-88284-061-5

Le care, c'est à la fois se soucier et prendre soin des autres. Cette activité, au cœur du travail social et sanitaire, est mal reconnue, sans doute parce que la vulnérabilité sociale à laquelle s'adresse le care n'a guère de place dans des sociétés valorisant avant tout le mérite. Les personnes qui effectuent ce travail, des femmes pour l'essentiel, en paient le prix.

Le défi de la reconnaissance du care est dès lors politique, puisque le reconnaître, c'est admettre sa nécessité et donner les conditions de son accomplissement adéquat.

C'est l'ambition de ce livre, qui réunit les contributions stimulantes de spécialistes du care issu·e·s des milieux professionnels et de la recherche.

Marc-Antoine Berthod et António Magalhães de Almeida

VIVRE UN DEUIL AU TRAVAIL. LA MORT DANS LES RELATIONS PROFESSIONNELLES

14 x 21,5 cm, broché, 2011, 296 pages, 38 fr., 29,50 €, ISBN 978-2-88284-057-8

Après un deuil, la reprise du travail est souvent très rapide. Pas facile d'exprimer sa peine quand les émotions doivent être contenues en raison d'exigences professionnelles.

Basé sur une recherche anthropologique menée auprès de responsables de ressources humaines et de personnes en deuil, cet ouvrage explique comment la mort et le deuil se marquent en creux dans les relations de travail. Il montre que les attentes réciproques se croisent, se conjuguent, divergent ou se superposent, entre subtil soutien et cruel oubli.

René Knüsel

162 LES RISQUES DU MÉTIER. LA SANTÉ DANS LE TRAVAIL SOCIAL

14 x 21,5 cm, broché, 2010, 149 pages, 30 fr., 22 €, ISBN 978-2-88284-056-1

La santé au travail est une préoccupation importante depuis des décennies. Sauf dans les métiers du social. Ce livre permet de combler cette lacune dans la connaissance.

Quelles sont les conditions de travail des personnes actives dans le travail social ? Comment envisagent-elles la santé ? Quelle importance donnent-elles à la santé ? Autant de questions qui trouvent réponse grâce à l'enquête originale menée auprès de professionnel·le·s de plusieurs institutions sociales. Autre originalité de ce livre, la démarche d'enquête fait l'objet d'une présentation détaillée. Elle permet à toute institution intéressée de réaliser un diagnostic de l'état de santé de son personnel.

Marc Favez (dir.)

**LA FAMILLE POUR GRANDIR?
DE L'ENFANCE CABOSSÉE À LA FAMILLE RÉVÉE**

14 x 21,5 cm, broché, 2009, 149 pages, 25 fr., 16 €, ISBN 978-2-88284-055-4

En 2007, le Service de protection de la jeunesse du canton de Vaud a fêté ses cinquante ans d'existence. Durant ces cinq décennies, la place de l'enfant dans la société s'est profondément modifiée, tout comme la perception de la maltraitance à l'égard des enfants. L'intervention socioéducative en faveur des personnes mineures en danger s'est complexifiée.

Parmi les manifestations organisées pour marquer ce jubilé, le congrès destiné aux professionnel·le·s de l'enfance abordait deux thèmes illustrant cette complexité : d'une part l'orientation de l'intervention de protection des personnes mineures lorsque la famille dysfonctionne, d'autre part le positionnement des intervenant·e·s.

163

Gil Meyer, Annelise Spack, David Perrenoud, Patricia Dumont

**FAMILLES SINGULIÈRES, ACCUEIL COLLECTIF. LA RÉCEPTION
DE LA DIVERSITÉ DES SITUATIONS FAMILIALES PAR LES
CRÈCHES-GARDERIES**

14 x 21,5 cm, broché, 2008, 248 pages, 35 fr., 23 €, ISBN 978-2-88284-054-7

En dépit de l'augmentation de l'offre, l'obtention d'une place en crèche-garderie reste une préoccupation. Une fois cette demande satisfaite, les familles gardent-elles le silence ? Non, car ces structures remplissent une mission sociale et éducative qui va bien au-delà de la seule fonction de garde. La garderie est de ce fait un territoire privilégié pour comprendre la diversité des situations sociales que vivent les parents de jeunes enfants. C'est un microcosme, que cette recherche, menée à Lausanne auprès d'équipes éducatives, invite à découvrir.

Robert Frund

**L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : COMPÉTENCES VISIBLES
ET INVISIBLES**

14 x 21,5 cm, broché, 2008, 112 pages, 30 fr., 20 €, ISBN 978-2-88284-053-0

Les métiers du social pâtissent de la croyance selon laquelle la pratique ne peut véritablement se dire.

Comment revendiquer que des pratiques atteignent un certain degré de professionnalisme, lorsqu'on les maintient en bonne partie dans l'indicible et l'insaisissable ?

Le questionnement sur les compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux doit reprendre sans cesse la discussion sur l'explicitation des pratiques.

Cette question est abordée ici à partir de la dissociation majeure et problématique entre action et réflexion, qui n'a pas lieu d'être et qui a cependant toujours cours.

164

Michèle E. Schärer

**FRIEDRICH FROEBEL ET L'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE
EN SUISSE ROMANDE : 1860-1925**

14 x 21,5 cm, broché, 2008, 232 pages, 35 fr., 23 €, ISBN 2-88284-052-3

La pédagogie de la petite enfance de Friedrich Froebel (1782-1852), père du « Kindergarten », s'est implantée en Suisse romande dès 1860, d'abord à travers la création de jardins d'enfants privés, puis dans les écoles enfantines publiques entre les années 1870 et 1920. Comment ces idées pédagogiques ont-elles été reçues, mises en œuvre et adaptées ? Pourquoi ont-elles trouvé un accueil globalement favorable et quels débats ont-elles suscités ? Voilà les questions qui sont au centre du présent ouvrage.

Sylvie Meyer

DÉMARCHES ET RAISONNEMENTS EN ERGOTHÉRAPIE

14 x 21,5 cm, broché, 2007, 208 pages, 35 fr., 23 €, ISBN 2-88284-051-6

Comment les ergothérapeutes conduisent-ils leurs interventions depuis la demande de traitement jusqu'à sa clôture? À quoi doivent-ils réfléchir? Quels défis l'exercice de la profession doit-il relever face au développement de la connaissance?

La première ambition de ce livre est de répondre à ces questions par un exposé des concepts centraux de la profession. La seconde est de décrire une démarche professionnelle et les raisonnements qui la sous-tendent.

Ce manuel a été écrit pour des étudiants en ergothérapie. Les ergothérapeutes désireux de pouvoir lire en français un état des lieux des démarches professionnelles en vigueur y trouveront probablement de l'intérêt.

Marianne Modak et Françoise Messant

ENTRE ENGAGEMENT ET ARRANGEMENTS. LE SENS DE LA RESPONSABILITÉ CHEZ LES COLS BLANCS DE PME

14 x 21,5 cm, broché, 2005, 178 pages, 30 francs, ISBN 2-88284-044-6

Les restructurations des entreprises suscitent-elles l'adhésion du personnel dans le sens voulu par leurs initiateurs? Dans quelle mesure le personnel répond-il aux injonctions d'une direction qui lui ordonne de prendre des initiatives, d'être entreprenant et responsable?

Basé sur des entretiens approfondis auprès de cols blancs travaillant dans des petites et moyennes entreprises industrielles de Suisse occidentale, cet ouvrage veut répondre à ces questions primordiales, et pourtant négligées, que soulève la restructuration. Il montre que si la responsabilisation des cols blancs diffère selon les étapes des restructurations en cours dans l'entreprise, cela ne se fait pas systématiquement dans le sens recherché par la direction.

La collection «Les Outils» regroupe des ouvrages directement utiles à la formation et pouvant servir de référence dans l'enseignement (manuels, textes de base, etc.)

LES OUTILS 03: REGARDS CROISÉS SUR LA PAUVRETÉ

Jean-Pierre Tabin et François-Xavier Merrien (éd.)

Avec des contributions de Giuliano Bonoli, Jean-Michel Bonvin, Robert Castel, Anne-Claude Demierre, Sabina Gani, Françoise Jaques, Dominique Joye, Véréna Keller, René Knüsel, Pierre-Yves Maillard, François-Xavier Merrien, Philipp Müller, Stéphane Rossini, Florence Savioz, Dario Spini, Béatrice Steiner, Jean-Pierre Tabin, Robin Tillmann

15,5 x 23,5 cm, Édition originale, 2012, 224 pages, 30 francs, 24 euros, ISBN : 978-2-88284-060-8.

166 Catégorie de la pensée pour les uns, dimension politique à prendre en compte dans le cadre d'une gestion d'un territoire et d'une population et objet bien réel pour les autres, la pauvreté ne se laisse comprendre, dans une époque et un lieu donné, qu'en croisant les regards.

C'est ce que propose ce livre organisé en 3 parties complémentaires, « Penser la pauvreté », « Les politiques de lutte contre la pauvreté » et « Évaluer les politiques de lutte contre la pauvreté ». Il contient 14 chapitres écrits par des scientifiques, des responsables d'administration et des politiques.

Cet ouvrage reprend, en les complétant, les stimulantes communications prononcées à l'occasion d'un colloque organisé en octobre 2010 à Lausanne lors de l'Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

LES OUTILS 02: LE *CASE MANAGEMENT* EN CONTEXTE. BASES CONCEPTUELLES ET APPLICATIONS D'UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE INTÉGRATIF

Pierre Gobet, Déborah Galster, Marion Repetti, Fabienne Scherer, Estelle Constantin
15,5 x 23,5 cm, Édition originale, 2012, 184 pages, 30 francs, 24 euros, ISBN :
978-2-88284-059-2.

Plus qu'une méthode d'accompagnement, le *case management* est un véritable dispositif de prise en charge. Il concerne aussi bien le travail social que sanitaire, l'intervention socio-éducative que la réinsertion professionnelle. Intégratif, il favorise un suivi continu et cohérent par une meilleure gestion des frontières institutionnelles et professionnelles. Participatif, il soutient les bénéficiaires dans la réalisation de ce qu'ils ou elles ont des raisons de valoriser.

Après avoir exposé les notions clés du *case management*, ce livre présente des exemples d'application. L'analyse permet de dégager les conditions nécessaires à l'exercice d'un *case management* en adéquation avec les exigences professionnelles.

167

LES OUTILS 01: MANUEL DE POLITIQUE SOCIALE

Jean-Michel Bonvin, Pierre Gobet, Stéphane Rossini, Jean-Pierre Tabin. Postface : Martino Rossi

15,5 x 23,5 cm, Édition originale, 2011, 152 pages, 25 francs, 21 euros, ISBN :
978-2-88284-058-5.

Dans quel contexte social, politique et économique la politique sociale suisse est-elle apparue? Pourquoi a-t-elle été développée? Qui en bénéficie? Tels sont quelques-uns des thèmes traités dans ce *Manuel de politique sociale*.

Rédigé par quatre spécialistes reconnus de la politique sociale, cet ouvrage dresse un tableau accessible et complet des questions liées à l'État social suisse contemporain. Un outil indispensable pour le comprendre.

Cet ouvrage est une coédition entre Réalités Sociales et les Éditions EESP.

Éditions EESP, chemin des Abeilles 14
CH-1010 Lausanne
Tél. 021 651 62 00 – Fax 021 651 62 88

Tous ces ouvrages sont disponibles chez votre libraire

Ils sont diffusés en Suisse par :
Albert le Grand SA
Route de Beaumont 20, 1700 Fribourg
Tél. 026 425 85 95 – Fax 026 425 85 90

Ils sont diffusés hors de Suisse par :
CID, bd Saint-Michel 131, 75005 Paris

Imprimé à Chavannes-de-Bogis en juin 2013