

Assises Solidaris 20 & 21 octobre 2022

Pourquoi le *Care* ?

Florence Caeymaex

Université de Liège¹

Je m'adresse donc à vous comme à des personnes qui œuvrent au quotidien au fonctionnement de la Sécurité sociale. La gestion de l'assurance maladie-invalidité fait partie des protections sociales, à côté de l'assurance chômage, des pensions de retraite, et de l'aide sociale. Pour reprendre le schéma proposé dans plusieurs de ses ouvrages par Edouard Delruelle (Président de l'Union nationale des mutualités socialistes), la Sécurité sociale constitue à son tour l'un des piliers de l'État social, qui comprend aussi les services publics et le droit du travail.

Il est évident que, si l'État social a une fonction qui est d'assurer le bon fonctionnement de la société (et même sans doute de l'économie), il est aussi et en même temps *l'opérateur de la justice sociale*, qui permet de concrétiser les « droits » que l'on reconnaît aux individus. Le droit égal à la santé, par exemple, ne peut être concrètement réalisé sans un processus de mise en commun et de distribution aussi égale que possible des moyens concrets de la santé – mise en commun et distribution qui, dans la perspective de l'État social, implique une « démarchandisation » de ce bien qu'est la santé. Pour le dire plus précisément, les « protections sociales » sont les opérateurs de concrétisation des droits, et ainsi de la justice sociale.

Je voudrais, à travers mon intervention, soutenir l'idée que le travail de concrétisation de ce qu'on appelle les « droits » peut-être qualifié comme un travail du « care » - un mot que je vais expliquer, mais qui signifie grosso modo le soin, l'entretien, l'attention et la réponse donnée à l'expression de certains besoins humains. L'action accomplie à travers les dispositifs de la sécurité sociale (ou des protections sociales) relève du *care*². Pour soutenir cette idée, il me semble nécessaire de donner un peu d'épaisseur à cette notion de *care* ; je vais pour cela faire appel à la signification que les théoriciennes féministes et de genre ont donnée à ce terme. Cette vision du *care* inclut une dimension éthique, une dimension anthropologique et enfin une dimension politique.

Je suggère que placer le « travail » de la Sécu dans la lumière du *Care* nous offre des arguments puissants pour défendre ce travail contre les attaques dont il est l'objet, des outils critiques pour penser les contraintes qui pèsent sur lui et pour imaginer, en conséquence, la manière dont nous devrions le façonner à l'avenir.

1. Signification éthique ou morale du *Care*

¹ FC est professeure de philosophie et d'éthique, membre des Facultés de Philosophie et lettres et de Médecine de l'ULiège. Elle est aussi Vice-présidente du Comité consultatif de bioéthique de Belgique, et Conseillère du rectorat ULiège, en charge de l'éthique et des politiques d'égalité.

² On doit noter que le *Care* devient encore plus visible lorsqu'il se traduit par des prestations qui vont au-delà des simples transferts monétaires (allocations diverses ou remboursements de prestation), mais s'enrichissent d'activités sans transfert monétaire direct, comme les démarches des agents de prévention, les activités de pair-aidance, les aides familiales à la maison, etc.

Historiquement, l'éthique du care a vu le jour dans des études psychologiques. La psychologue Carol Gilligan, en 1983, met en évidence l'existence d'un "sens moral" différent, qu'elle repère essentiellement chez les filles qu'elle interroge. C'est ce qu'elle appelle la « voix différente ». Face à des dilemmes moraux, elle observe que les filles font généralement preuve d'une attitude morale « fondée non sur des principes mais sur une question : comment faire, dans telle situation, pour préserver et entretenir les relations qui sont en jeu ? Cela requiert un examen des situations particulières [...]. Il s'agit d'un **mode de pensée contextuel et narratif**.

A la différence des attitudes morales fondées sur des principes, le sens moral des filles ne sépare pas les problèmes des relations rapprochées où ils se posent : si je pose tel choix, quelles sont les conséquences pour les personnes impliquées, et pour les relations entre celles-ci ? En un sens, on pourrait dire que tout le travail de Gilligan s'attèle à montrer la consistance et la pertinence des raisonnements moraux marqués par une sensibilité aux relations – et en ce sens au *relatif*, au contexte qui force à « **mettre en relation** » **les éléments d'un problème** moral. Contre la dévalorisation de ce genre d'engagement moral³, Gilligan fait valoir qu'il s'agit en fait d'une éthique au sens fort du terme, et qu'elle implique une vision du monde : « **sa vision du monde est constituée de relations humaines qui se tissent et dont la trame forme un tout cohérent, et non pas d'individus isolés et indépendants dont les rapports sont régis par des systèmes de règles** » (Gilligan, 1982, 2019, p. 51).

C'est, aussi, une vision du monde qui implique une forme de « **responsabilité** », un monde tel qu'il se présente à un sujet qui se trouve dedans, situé, c'est-à-dire lui-même impliqué relationnellement et pour ainsi dire sollicité (on traduit parfois « care » par **sollicitude**, qui désigne, si l'on veut, l'attention soutenue de ceux qui se tiennent prêts à répondre à des sollicitations).

Dans son livre *Le travail du care*, la psychologue Pascale Molinier affirme que l'éthique du *care* est une éthique de la **responsabilité relationnelle**. Elle la définit comme suit :

« Dans tous les cas de figure, prendre ses responsabilités [...] signifie les faire siennes à travers une action, implique de reconnaître un ensemble de relations et de se reconnaître dans cet ensemble. L'irresponsabilité consiste au contraire à nier ces relations, ou tout simplement à ne pas les percevoir. La perception étant elle-même un processus proactif, relevant d'une attention soutenue par un *désir de voir* ou *d'entendre*, je parle d'indifférence pour désigner l'envers de l'éthique du *care*. L'indifférence signifie ici non seulement l'absence d'intérêt pour autrui, mais aussi *l'incapacité à distinguer les différences*, sous-tendue par la tendance à tout rapporter à soi-même » (Pascale Molinier, *Le travail du care*, La Dispute, 2020, p. 17 ou 18)

³ La psychologie du développement, à l'époque de Gilligan, propose une vision séquentielle du développement cognitif des enfants et des jeunes ; pour ce qui concerne le développement des raisonnements moraux, le psychologue Kohlberg, qui fait autorité aux USA à l'époque, soutient l'idée que le raisonnement moral axé sur les principes de justice et les règles est un raisonnement plus « mature » ou « abouti » que celui identifié par Gilligan comme « voix différente » (qui représente un stade immature du développement moral dans la vision de Kohlberg).

Le sujet moral de l'éthique du *care* (c'est-à-dire la personne qui adopte une attitude de *care*), parle et agit depuis une perspective assumée, partielle et partiale ; c'est une personne consciente des différences de perspective. Elle n'a pas la prétention, au fond exorbitante, de jouer le rôle du sujet impartial, suffisamment à distance de la situation pour prétendre pouvoir se mettre à la place d'autrui. Autrement dit, la personne qui adopte une attitude de *care* ne prétend pas pouvoir occuper n'importe quelle place, c'est-à-dire toutes les places. L'éthique du *care* est modeste : irréductiblement perspectiviste, elle nous oblige à figurer le monde tel qu'il est depuis le point de vue d'autrui, à sa place, *mais en sachant qu'on ne peut pas l'occuper tout à fait, cette place (avec la conscience que, quelque chose peut toujours nous demeurer invisible, ou même incompréhensible)*. Donc : **non pas se mettre à la place d'autrui, mais « faire de la place » pour cette autre perspective**, composer avec elle (j'emprunte cette expression à la philosophe Émilie Hache). Pour illustrer ce perspectivisme, on peut repenser aux questions soulevées par la Cellule citoyenne de Solidaris : « de là où vous êtes, qu'est-ce que vous voyez, qu'est-ce que vous entendez ? ».

Cette éthique du *care*, qui met au centre la « sollicitude » et l'attention aux relations, a été souvent opposée au sens classique de la justice : une conception de la justice qui met en avant les principes universels, par exemple en termes de droits). L'éthique du *care* a été historiquement considérée comme un sens moral « mineur », parce que préoccupé des relations proches, fondée sur un jugement moral partial (« les proches d'abord »). En fait, l'éthique du *care* ne s'oppose pas à la justice, mais contribue à « concrétiser » les principes de justice. Par exemple, il ne suffit pas de mettre en place des droits sociaux pour faire une société juste ; il faut aussi penser les contextes, les enjeux spécifiques et comprendre les perspectives des bénéficiaires pour que ceux-ci les activent ou arrivent à les activer. Comme le montrent les travaux des économistes Abhijit V. Banerjee et Esther Duflo « les personnes les plus intimidées par la complexité du processus d'inscription sont souvent celles qui sont le plus dans le besoin » (aide sociale pour les veuves et le divorcées à Delhi, v. p. 489)

➔ voir exemple concernant l'activation des droits sociaux chez les plus pauvres et les plus précaires par Abhijit V. Banerjee et Esther Duflo, *Économie utile pour des temps difficiles*, Seuil, 2020, p. 485 suiv.

2. Signification anthropologique du *Care*

La philosophe politique, Joan Tronto, en 1993, propose une définition avec sa collègue Berenice Fisher :

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme 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. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie »

Commentaire de cette définition

- « care » en anglais est un terme qui renvoie aux *pratiques* ordinaires de la vie quotidienne (s'occuper de qqch ou de qqun), et à une certaine *attitude* dans la vie quotidienne, une certaine disposition par rapport à ce que l'on fait (I care, I don't care,

ça m'importe/ je m'en fous). Donc ce n'est pas seulement une disposition éthique ou morale, mais c'est un ensemble d'activités.

- Pratiques qui ont une finalité : « perpétuer le monde », « en soutien à la vie », et par là des actions qui consistent à saisir les besoins des autres (dans leur vie subjective, psychique et corporelle) et à y répondre
- Pratiques qui consistent à « relier » : « faire tenir le monde » (sens des relations)
- Cette définition dit quelque chose de la vie humaine dans sa dimension biologique et sociale : non seulement nous sommes des êtres relationnels et interdépendants, mais nous avons à nous soucier de ces relations, parce qu'elles ne tiennent pas sans *entretien*
- Cette définition englobe finalement bien d'autres activités que le soin au sens médical et paramédical : englobe toutes les activités qui soutiennent la reproduction de la vie à la fois biologique et sociale (faire et élever des enfants, éducation et formation, aide sociale, vie associative, amitié, soutien aux personnes âgées, le soin dévolu aux défunts et le souci des morts, et c'est aussi une certaine dimension dans la production de nourriture, sa distribution ; les activités d'entretien au sens du ménage, etc.)
- Une activité fondamentale pour la vie humaine (aussi dans ses relations avec les non-humains, animaux, végétaux et plus largement la terre ... en tout cas depuis que le monde est pratiquement complètement « anthropisé » ; ici intervient la question environnementale, et celle de la santé environnementale : ce qui est en jeu n'est pas seulement la santé des humains car celle-ci dépend de la santé des milieux, qui incluent des êtres non-humains)

Il est essentiel à présent de noter que ce travail *d'entretien* du monde et de nous-mêmes s'effectue de manière variée ; il diffère selon les sociétés. En d'autres termes, il est socialisé ou socialement institué. Cela signifie que chaque société distribue d'une certaine manière le travail du *care* et que les sociétés diffèrent selon qu'elles font de ce travail de maintenance quelque chose de central et important ou bien quelque chose de marginal ou de négligé. J'ai dit en commençant que la Sécurité sociale, ainsi que certaines missions de service public, est une certaine manière, parmi d'autres d'organiser socialement le *care* ; une manière de le faire en rémunérant le travail du *care* mais en le soustrayant partiellement aux logiques marchandes.

Dans d'autres sociétés, ça se passe autrement, d'autres « institutions » existent : par exemple dans le passé, le *care* était majoritairement « privatisé », déléguée à la sphère domestique-familiale, au travers du travail « gratuit » des épouses et des enfants ou du travail mal payé des domestiques. C'est encore largement le cas dans certains pays. [Et puis, il faut souligner aussi que le *care* ne concerne pas seulement les humains : le travail d'entretien concerne aussi les milieux naturels et culturels dans lesquels les humains évoluent, au côté d'autres espèces, avec les ressources disponibles. Les sociétés modernes occidentales se caractérisent par des manières très spécifiques d'entretenir leurs milieux, de manière extraordinairement sélective — exerçant une pression extrêmement forte sur les milieux naturels et culturels, qui ont essentiellement le statut de ressources à exploiter, ou à éliminer si cela entrave le processus d'appropriation et d'exploitation — pensons aux cultures locales, à la diversité des langues, etc. Comme nous le savons aujourd'hui, nous avons depuis plusieurs siècles généralisé l'exploitation sans retour, sur le mode de la destruction des milieux, de leurs habitants humains et non-humains, ainsi que des ressources — c'est l'un des sens que l'on peut donner

à l'émergence de la problématique One Health : intrication de la santé humaine et de la santé des milieux. D'autres sociétés se caractérisent par des *usages* très différents de la terre et des milieux : des usages du monde qui font justement de *l'entretien et de la régénération une activité sociale centrale* (voir l'exemple de l'usage des forêts par les Amérindiens du Nord chez le philosophe américain de l'environnement J. Baird Callicot dans *Éthique de la terre*).

3. Signification politique du *Care* : le care implique des rapports de pouvoir, et des conflits

Encore un extrait du livre de Tronto :

« Souvent, le soin est institué socialement de telle sorte que le travail qui l'accompagne devient celui des membres les moins aisés de la société. [...] si nous considérons les questions de race, de classe et de genre, nous remarquons que les personnes les moins aisées dans la société sont de manière disproportionnée celles qui dispensent les soins et que les membres les plus riches de la société utilisent fréquemment leur position de supériorité pour transférer à d'autres la charge du travail de soin. Dans l'histoire occidentale, le soin a été principalement le travail des esclaves, des domestiques et des femmes. [...] le *care* est dévalorisé et les personnes qui effectuent le travail du soin le sont également. Non seulement ces emplois sont faiblement rémunérés et ne jouissent d'aucun prestige, mais l'association de ces personnes à des relations au corps abaisse encore leur valeur [...] Je pense que nous nous rapprochons de la réalité lorsque nous disons que le 'souci des autres' et la 'prise en charge' sont les obligations des puissants ; il est laissé aux moins puissants de prendre soin des autres et de recevoir le soin. » (p. 156, 157, 158).

Tronto observe ici que les activités du care sont à la fois fragmentées et *stratifiées*. La manière dont les activités de *care* sont socialement instituées, c'est-à-dire distribuées et façonnées (qui s'occupe de qui et de quoi et comment) recoupe exactement la distribution des privilèges et du pouvoir dans la société. Sous ses aspects de « prise en charge », de « se soucier de », le *care* est délégué aux puissants, mais sous ses aspects de « prendre soin » et de « recevoir le soin », c'est-à-dire « vérifier que le soin prodigué est adéquat aux besoins réels », c'est-à-dire le *care* comme travail au contact des autres, le *care* est largement délégué aux plus faibles, invisibilisé et dévalorisé (je vais donner des exemples)

3 observations

➔ Les sociétés patriarcales traditionnelles (présentes et passées), donc celles qui placent les femmes et les enfants dans une position de subordination aux pères et aux maris, constituent évidemment une illustration spectaculaire de cette stratification — pensons aux femmes confinées à la sphère domestique pour accomplir gratuitement les charges de *care* dans leur variété (élever les enfants, nettoyer, faire à manger, s'occuper des vieilles personnes, veiller à aux relations sociales de la famille avec l'extérieur, procurer des relations sexuelles à leur époux, etc.). Cette stratification inégalitaire du travail du care était également spectaculaire dans les sociétés qui reposaient sur l'esclavage comme institution sociale et économique centrale, comme les États-Unis d'Amérique des 18^e et 19^e siècles ou sur d'autres formes de travail contraint dans les territoires colonisés. On ne manquera pas de noter que, par rapport à cela, l'émancipation des Noirs et des femmes, des colonisés, change la donne ... mais il faut

aussi observer les effets sur le long terme engendrés par ces systèmes racistes et sexistes. Ils continuent de produire leurs effets dans la stratification du salariat en charge du *care* (v. travaux de Jules Falquet). Les domestiques d'autrefois ont été remplacés par les personnels d'entretien, mais ce sont toujours les « autres » (autrefois les colonisés, les ruraux embauchés par la bourgeoisie à la ville, aujourd'hui les immigrés).

→ La distinction proposée par Tronto entre « prendre en charge » et « se soucier de », d'un côté, et « prendre soin » et « recevoir le soin » (l'attention au fait que le soin prodigué est adéquat aux besoins réels) de l'autre. Elle propose cette distinction comme un outil, un analyseur des inégalités sociales et des rapports de pouvoir parce que cette stratification implique de la contrainte sur les pourvoyeurs de soin d'en-bas (ce ne sont pas seulement les plus faibles socialement et économiquement qui accomplissent le soin pour d'autres ; ces plus faibles sont aussi *subordonnés, subalternes*, ils ont le plus souvent à obéir à d'autres et doivent endurer les contraintes sociales les plus fortes). Un analyseur qui vaut pour les sociétés dont je viens de parler, mais également pour la nôtre. Cela revient tout simplement à poser une série de questions : qui fait quoi dans le *care* ? qui prend soin de qui ? et comment ? qui définit les besoins de qui ? quels sont les besoins qui ont droit de cité et ceux qui sont négligés voire activement niés ?

Voici des exemples : un ministre prend en charge la santé et donne des directives aux directeurs d'hôpitaux, un directeur d'école se soucie de l'alimentation de ses élèves, le médecin prend en charge et définit le traitement du patient, le citoyen européen se soucie des pakistanais inondés en envoyant de l'argent à MSF. Mais qui va concrètement effectuer le soin ? On peut voir les choses à différentes échelles : ce sont les médecins, et en dessous, les infirmiers et infirmières qui vont devoir se démerder avec les nouvelles directives de baisse du financement des actes psychiatriques et en dessous les bénéficiaires qui vont se trouver moins bien soignés ; c'est l'institutrice qui va concrètement devoir inciter ses élèves à manger leurs pommes, c'est l'infirmière à domicile qui va venir refaire le pansement de Madame X, et ce sont pour l'essentiel des pakistanais qui vont eux-mêmes mettre les mains dans la boue des inondations avec l'argent de la charité internationale. Hiérarchie, obéissance, service

→ Et lorsque le *care* est marginalisé, invisibilisé et dévalorisé, il y a aussi un effet sur ceux qui reçoivent le soin : ils sont eux-mêmes dévalorisés, parfois vraiment en bas de l'échelle (l'illustration parfaite de ceci est la représentation des chômeurs, des vieillards, des pauvres, des exclus comme des « charges » pour la société ... et comme on sait les « charges » c'est ce qu'on essaie d'alléger). A l'autre extrême du spectre : Les puissants, à l'inverse, sont ceux qui n'ont pas à se soucier de leurs propres besoins de base (psychiques et physiques) parce qu'ils sont précisément ceux dont la satisfaction des besoins est assurée *par les autres* – le plus souvent de manière tout à fait discrète. Ce sont ainsi les plus puissants qui peuvent vivre dans l'illusion qu'ils sont autonomes, qu'ils ne dépendent pas, qu'ils ne dépendent de personne. Ils ignorent leur propre vulnérabilité.

4. Le care comme argument politique et social (conclusions et perspectives)

Quelles leçons pouvons-nous tirer ?

Premièrement, que le *care* n'est pas en en soi une chose bonne ou mauvaise. Le *care* est une activité d'entretien mutuel, essentielle à la vie humaine, biologique et sociale. Nous sommes des êtres interdépendants (et cette interdépendance inclut aussi nos milieux de vie biologiques et sociaux, avec les autres formes de vie). Ignorer ce fait fondamental est destructeur, comme l'écologie nous l'a appris. La perspective du *care* est une écologie de la vie humaine.

Deuxièmement, que ce sont les façons dont nous organisons socialement le *care* qui sont déterminantes dans le déploiement d'un bon ou d'un mauvais *care*. Lorsque le *care* est marginalisé, considéré comme une activité négligeable, comme un coût à alléger au maximum, il est aussi délégué aux plus faibles, et ceux qui ont besoin d'aide deviennent eux-mêmes des fardeaux indésirables (rappelons-nous la chasse aux chômeurs et aux assistés, ou les prophéties catastrophistes à propos de la soi-disant menace que le vieillissement de la population fait peser sur la société, avec toutes les métaphores du fardeau). Négliger le *care*, c'est fabriquer des inégalités ; fabriquer des inégalités, c'est paver la voie au mauvais *care*, à la maltraitance et à des relations de pouvoir injustifiées.

Troisièmement, cela signifie qu'il est impossible de prétendre à des idéaux de justice, sans promouvoir, déployer et renforcer le travail du *care*, comme complément nécessaire à l'exercice des droits ; ceux-ci ne peuvent être réellement activés que si nos politiques sociales sont équipées d'une sensibilité aux relations, à ce qui compte vraiment pour les gens, aux besoins réels qu'ils expriment, aux contextes dans lesquels ils vivent, à leurs histoires vécues, au monde tel qu'il est *aussi* de leur point de vue.

Et enfin, qu'il faut défendre la Sécurité sociale, précisément parce qu'elle représente, historiquement, une reconnaissance et mise en visibilité du *care* ; une forme de contrat social qui a mis le *care* (cette sorte d'entretien du monde et de nous-mêmes) au centre et non à la périphérie ; l'affirmation d'une responsabilité collective qui nous inclut *tous également*. Renoncer à cette mise en commun, c'est alimenter l'illusion, confortable pour les puissants et délétère pour les autres, que les premiers sont « autonomes et méritants », pendant que les autres sont « dépendants et à charge ». Cette illusion dissimule que les premiers sont tout simplement ceux dont les besoins sont largement pourvus (et assurés par d'autres), et que les seconds sont ceux dont les besoins ne sont pas socialement pourvus. Mais si la sécurité sociale, les protections sociales sont une manière de remettre le *care* au centre (et ainsi, le monde un peu plus à l'endroit), il faut essayer que l'action sociale soit façonnée selon les principes du *care*. Notamment en travaillant sur l'identification des besoins avec ceux qui sont visés par l'aide, dans une perspective démocratique. Rappelons la déclaration de Nelson Mandela, déjà évoquée dans les ateliers de la matinée : « Ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi ».

