

POUR UNE SOCIÉTÉ DU CARE

Retour sur dix ans de combat

Fabienne Brugère

S.E.R. | « Études »

2020/7 Juillet-Août | pages 61 à 72

ISSN 0014-1941

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2020-7-page-61.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.E.R..

© S.E.R.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

POUR UNE SOCIÉTÉ DU CARE

Retour sur dix ans de combat

Fabienne BRUGÈRE

La pandémie de Covid-19 a rendu visible ces travailleurs de l'ombre, donnant une consistance éthique et politique à des métiers jusqu'ici peu considérés. Défendre les professions du care et plus largement les activités de « prendre soin », par un singulier tournant, s'avère à nouveau possible et s'impose même comme une nécessité du moment présent. Toutes les idées ridiculisées, il y a dix ans, reviennent comme d'improbables boomerangs nous heurter en plein visage.

Au printemps 2010, un mot anglais surgit dans la sphère politico-médiatique française, celui de « care », prononcé par Martine Aubry. Il s'agit, par ce biais, de porter une nouvelle conception de la société : non plus néolibérale et vouée à la compétition sans merci entre les personnes, les entreprises et les institutions mais structurée par l'entraide, l'attention aux autres, ce que l'on appelle aussi le « soin », au sens large de relations en faveur d'autrui. Le care, inattendu, inconnu du grand public, est une tempête dans le milieu politique, à droite comme à gauche. À droite, on soupçonne un retour de l'État social maquillé en bons sentiments. À gauche, on pressent des formes de soutien ou d'accompagnement qui ne sont ni des prestations sociales sonnantes et trébuchantes, ni des instruments immédiatement identifiables de la lutte des classes. Enfin, plus généralement, ce milieu largement dominé par les hommes ne voit pas l'intérêt de s'intéresser aux métiers du soin en général, et surtout à la partie de ces métiers la moins considérée, car féminine – les infirmières, aides-soignantes, auxiliaires de vie – ou encore celles qui prennent soin des espaces privés ou publics – les hôtesse d'accueil, les femmes de ménage ou les femmes de chambre¹.

1. Voir l'excellente analyse sur le care par Agata Zielinski, « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin », *Études*, n° 4136, décembre 2010, pp. 631-641.

La parenthèse de la société du *care* est vite refermée. Celles et ceux qui ont travaillé sur cet objet sont renvoyés à leurs études. Pourtant, le *care* continue à être mis en pratique par des institutions, des associations sociales, des entreprises, mais aussi des ONG (dans les domaines de la lutte contre la pauvreté mais aussi de la protection de la biodiversité) et des entreprises. Toutefois, le mot est sorti très vite du langage médiatique et même des actions politiques à l'échelle nationale. Les métiers liés au « prendre soin » des autres ne semblent plus constituer une priorité dans un univers où l'urgence est bien de rendre la France économiquement compétitive en la pliant aux exigences du néolibéralisme, vulgarisé dès les années 1980 par Margaret Thatcher et Ronald Reagan. Depuis 2010, le silence médiatique sur le *care* ne peut toutefois faire oublier le développement d'une crise des professions de soin ou de services à la personne. D'abord, la carence du *care* devient un problème public : difficulté à trouver des infirmières dans de nombreux pays d'Europe, recours massif à des femmes de ménage ou des gardiennes d'enfants issues des pays du Sud, grèves dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), où le personnel affirme qu'il est condamné à la « maltraitance institutionnelle », ou encore mouvement social des urgences dans les hôpitaux français pendant plusieurs mois, au printemps 2019. Ensuite, les métiers du *care*, et plus particulièrement de services à la personne, sont malmenés par le droit du travail. L'« ubérisation », comme type de service à la personne particulièrement précaire, devient une réalité : de nouveaux standards de qualité de services sont mis en avant par des entreprises qui ne donnent pourtant aucune protection à leurs travailleurs (pas de pauses, de congés payés, etc.)². Partout, l'exploitation est au rendez-vous et de nouvelles formes de domination apparaissent. Mais les différents gouvernements ne prennent guère au sérieux ce qui se joue alors. Pour beaucoup, le « prendre soin » n'est pas politique mais infrapolitique. Les services à la personne se développent toutefois avec un droit du travail contourné, une pénibilité réelle mais peu prise en compte comme si ces métiers n'en étaient pas vraiment. Joan Tronto, dans un ouvrage qui a fait date, *Un monde vulnérable*, publié en 2009 en langue française, a diagnostiqué la « marginalisation » du *care* en régime capitaliste : ceux qui occupent des positions de pouvoir et de privilège peuvent continuer d'ignorer

2. Denis Jacquet et Grégoire Leclercq, *Ubérisation. Un ennemi qui vous veut du bien ?*, Dunod, 2016.

les activités de soin et ceux qui les dispensent, alors même qu'ils ont la possibilité de déléguer ces tâches de soin et de profiter de nombreux dispositifs qui leur permettent de se soucier d'eux-mêmes et de leurs affaires³. En d'autres termes, la performance économique des uns n'est possible que parce que d'autres prennent soin des personnes.

Durant ce printemps 2020, l'inattendu de la pandémie, qui a saisi le monde depuis le foyer chinois dès le mois de janvier, a changé la perspective sur le soin, dont on découvre brutalement le caractère vital.

Les soignants sont considérés comme des héros, le président de la République décrète l'urgence d'un plan pour l'hôpital, les caissières, les éboueurs, les camion-

« La performance économique des uns n'est possible que parce que d'autres prennent soin des personnes »

neurs et les livreurs sont remerciés pour les missions qu'ils accomplissent chaque jour. Comment toutefois ce qui est révélé et porté à la visibilité de chacun peut-il se convertir en projet politique, alors même que le monde risque d'être en proie à des guerres commerciales plus âpres que jamais entre les nations dès que le *business as usual* sera à nouveau possible ? Comment une société du *care* peut-elle se construire ?

Le grand retour du soin

La pandémie, devenue le seul sujet traité par les médias dominants du monde entier, fait valoir un fait anthropologique oublié, tout du moins dans les pays les plus riches : nous sommes mortels et la vie peut s'interrompre brusquement face à une catastrophe, qu'elle soit sanitaire, écologique ou qu'il s'agisse d'une guerre. Les vies viables sont des vies pourtant vulnérables : chaque vie déploie un monde qu'il s'agit de maintenir, de développer et de réparer. L'individu est relationnel et non isolé ; des situations peuvent valoir comme des accidents, des risques de destruction ou de mort. La vulnérabilité doit être reconnue. C'est par le biais de la reconnaissance elle-même que nous rétablissons notre vulnérabilité fondamentale. Selon Judith Butler, il s'agit bien d'être alors délogé de toute position de maîtrise sur soi au profit d'un rapport constant aux autres et au monde par lequel nous

3. J. Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte, « Textes à l'appui – philosophie pratique », 2009, pp. 153-155.

sommes constamment affectés et éprouvés⁴. La maladie est depuis toujours un révélateur de cette vulnérabilité, à considérer comme un élément de la condition humaine. Si la vulnérabilité est l'affaire de tout un chacun, alors il est important de sortir de la prise en compte exclusive des « populations vulnérables », laquelle victimise et pathologise des groupes qu'elle ne considère qu'à travers leurs privations. Comme le rappelle Martha Fineman, la vulnérabilité « particulière » ramenée à certains groupes est une définition négative qui contribue à la minorisation des groupes concernés⁵. En mettant la vulnérabilité pouvant concerner tout un chacun au cœur des politiques publiques, on peut alors considérer les inégalités dans leur plasticité, à travers leurs évolutions. La distribution de richesses, de pouvoirs, d'opportunités et de biens sociaux peut être corrigée et les individus, dans leur ensemble, devenir des êtres capacitaires.

L'être humain globalisé est également interdépendant, ce dont témoigne la circulation des biens et des personnes. Le virus entre en résonance avec ces sociétés des réseaux et des flux, nommées « liquides » par Zygmunt Bauman. Il met tragiquement en œuvre une circulation infernale puisqu'il fonctionne par la contagion et la multiplication exponentielle des cas, ce que matérialise bien le fameux chiffre de reproduction du virus qu'il faut faire descendre en dessous de un. Le confinement semble être une obligation pour réduire des interdépendances devenues nocives en temps de maladie : si des individus ne le respectent pas, ils risquent non seulement de se mettre en danger mais ils mettent en danger d'autres individus. Toutefois, on quitte la considération des individus ou des citoyens pour s'adresser à nouveau à des populations et à des groupes que le virus sépare en contaminants, contaminés et contaminables, en régions infectées ou saines. Les vies sont gouvernées et nous faisons l'épreuve de ce que Michel Foucault nomme pouvoir : la conduite des conduites. Ce traitement des populations, au nom d'une interdépendance devenue néfaste, entre en contradiction avec la donnée anthropologique : nous sommes tous et toutes vulnérables, plus ou moins.

Dans cet univers de la crise sanitaire, les conduites des soignants sont magnifiées. Plus encore, le milieu médical devient le centre de l'at-

4. J. Butler, *Vie précaire*, Éditions Amsterdam, 2005, pp. 72-75.

5. M. Fineman, « The Vulnerable Subject and the Responsible State », *Emory Law Journal*, vol. 60, Emory University School of Law, Emory Public Law Research Paper, n° 10-130, sur <http://ssrn.com/abstract=1694740>

tention sociale, puisqu'il sauve des vies. Toutefois, on semble oublier qu'il s'agit de métiers, de compétences, de savoir-faire et pas seulement de dévouement ou de vocation. Tout d'un coup, le *care* gagne une légitimité puisqu'il concerne la manière dont on soigne les individus en situation de besoin. Des questions éthiques surgissent : comment les choix peuvent-ils être faits quant aux patients prioritaires, chaque fois qu'un hôpital s'est trouvé en situation de saturation ? Des questions politiques deviennent également essentielles : pourquoi a-t-on appliqué des politiques strictement budgétaires à la médecine et aux hôpitaux, pendant des années ? Pourquoi n'a-t-on pas appris aux hôpitaux et au secteur privé, ainsi qu'à la médecine de ville, à travailler ensemble ? Pourquoi les infirmières françaises sont-elles beaucoup moins bien rémunérées que dans d'autres pays européens ? Comme le diagnostic est fait dans de nombreux articles, on découvre que les médecines de prévention, du travail et scolaire ont été délaissées dans les politiques publiques françaises (la France est l'un des pays européens qui a la politique de prévention la moins développée). Bref, ces formes de médecine qui peuvent allier la vulnérabilité aux circonstances et aux différents déterminants psychosociaux montrent aujourd'hui leur importance.

On se rend compte que le soin fait l'objet de choix politiques, que ces choix n'ont pas été les mêmes dans les différents pays européens. Très loin des dispensaires, véritables centres de santé communautaires qui regroupent des types de soins différents, le système de santé français est fondé sur deux principes : la centralisation (comme les règles uniques de la fonction hospitalière) et la compétition (des modes de financement à l'organisation de la recherche)⁶. Le système de soin a été, au fil du temps, de plus en plus recentré sur le curatif et vers l'hôpital. Les grands événements médicaux des années 1970 et 1980 sont les transplantations d'organes, les thérapies géniques, les nouvelles techniques de chirurgie mini-invasives. Par ailleurs, la part administrative voire bureaucratique des affaires de santé est prédominante en France, beaucoup plus importante que dans d'autres pays comme l'Allemagne⁷, et elle empêche souvent la prise de décisions rapides ou même prive d'initiatives généreuses. On peut même se demander si le choix politique de Nicolas Sarkozy, lorsqu'il était pré-

6. Entretien avec François Crémieux, « Un système de santé en déséquilibre », *Esprit*, avril 2020, sur <https://esprit.presse.fr/>

7. Environ 24 % du budget des hôpitaux allemands est consacré à l'administratif contre 35 % en France.

sident de la République, d'inventer les agences régionales de santé (ARS) a été un bon choix, car ces agences n'ont visiblement été orientées ni vers une convergence du public et du privé, ni vers des politiques de prévention, ni vers des convergences avec le personnel des préfectures. Elles ont pourtant un rôle majeur dans la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Les politiques menées dans le domaine de la santé par les différents gouvernements en France n'ont pas été des politiques du *care*: trop centralisées, trop marquées par la séparation du public et du privé, trop orientées autour de la nécessité de la compétition entre hôpitaux, entre régions, trop centrées sur des types de populations fabriqués par l'administration et pas assez en prise avec le monde réel, les situations évolutives et diverses de vulnérabilité.

Or, précisément, ce qui semble fonctionner dans la gestion de cette crise sanitaire relève d'une logique de l'entraide très proche de ce que préconise Joan Tronto dans *Caring Democracy* où l'accent est porté sur un élément essentiel des politiques de soin: « l'être avec »,

« **L'importance de la dimension sociale et pas seulement curative du soin** »

c'est-à-dire les relations de solidarité ou de mise en commun. Face à l'inattendu de la pandémie, la société a réagi à travers les aides aux voisins, aux plus

démunis ou aux plus âgés, qui se sont mises en place un peu partout, ou encore par la coopération décentralisée des hôpitaux (des patients du Grand-Est et d'Île-de-France ont été transférés dans des hôpitaux qui n'étaient pas saturés). Ce qui apparaît alors, c'est toute l'importance de la dimension sociale et pas seulement curative du soin. D'autres médecines montrent alors leur importance. En particulier, ne faut-il pas, plus que jamais, construire une politique de prévention par le biais d'une médecine de proximité et d'une médecine du travail, défendre des maisons de santé pourvues aussi en psychologues et en psychiatres, etc.? Le *care* fait avec les situations telles qu'elles existent. Les patients ont une histoire et un environnement qui participent de leur santé⁸. Une politique du *care* met l'accent sur l'accès à tous les types de soins, la prévention, la nécessité de la proximité (l'hôpital général plutôt que l'hôpital comme plateau technique), la corrélation entre santé du corps et santé mentale, etc.

8. « Les associations de patients laissées de côté », *Le Monde*, 6 mai 2020, p. 23.

Le soin n'est pas une évidence, contrairement à ce que semblaient penser les femmes et les hommes politiques qui ont balayé le *care* d'un revers de main en 2010. Construire éthiquement et politiquement le « prendre soin » demande une volonté. Le soin est une construction éthique, politique et sociale.

L'utilité sociale des métiers du *care*

Le soin n'est pas seulement curatif. Il est également relationnel et répond aux besoins des individus⁹. Notre vulnérabilité fondamentale particulièrement révélée lors d'une crise sanitaire, notre faiblesse à la naissance qui rend essentiels les soins apportés au nouveau-né pour qu'il se développe, nos accidents (vitaux, sociaux ou privés) nécessitent des soins. C'est ainsi qu'une égalité réelle peut exister entre les individus, contre toutes les asymétries qui risquent de faire des différences des empêchements. La médecine, dans sa dimension technique et scientifique, est bien un élément fondamental des relations de soin mais elle ne saurait être le seul. Sans les aides-soignantes qui œuvrent avec les médecins et les infirmières, sans celles qui nettoient les hôpitaux tous les jours, sans les techniciens et brancardiers, mais aussi sans ceux qui produisent des fruits et des légumes, qui les livrent, les distribuent dans les rayons, sans les caissières de supermarchés, nous ne pouvons plus vivre. En d'autres termes, toutes ces fonctions sont concernées par le sujet doté de besoins et sa place dans une organisation politique : prendre soin revient à repérer les besoins des autres et à y répondre dans des relations, des dispositifs et des institutions. Le « prendre soin » désigne une valeur et des relations essentielles : celles de l'attention aux autres qui désigne celle ou celui qui est là au bon moment, opportunément et eu égard à ses compétences ou son savoir.

En 2010, la situation des travailleurs et des travailleuses du *care* n'avait pas ému grand monde et peu de politiques avaient pris conscience des formes d'exploitation et d'épuisement qui frappent ces activités. Le diagnostic de Pascale Molinier est sans appel : ces métiers sont généralement considérés comme n'étant pas assez spécialisés, le supplément de valeur étant conféré par des activités qui mobilisent un

9. Frédéric Worms, « Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales », *Esprit*, janvier 2006, pp. 141-156, sur <https://esprit.presse.fr>

haut niveau de technicité¹⁰. Ces professionnels n'ont pas cessé d'alerter pourtant sur leurs conditions de travail et leurs faibles rémunérations : personnel médical mais aussi sociomédical, femmes de chambre et femmes de ménage, urgentistes, pompiers, etc. Souvent, les formes modernes de protection sociale excluent le travail du *care*. Si la lutte pour la reconnaissance est un élément essentiel des revendications des métiers du *care*, il n'en reste pas moins qu'il ne faut pas la limiter à une demande de réalisation de soi dans le travail ; la reconnaissance n'est pas un élément culturel autonome. Ce sont généralement des formes iniques de distribution et des inégalités économiques qui deviennent l'expression de hiérarchies culturelles. Comme l'a bien montré Nancy Fraser, les inégalités sont complexes et lutter contre elles suppose de combiner reconnaissance et redistribution¹¹.

Une partie du travail du *care*, en particulier les formes accomplies par des femmes, est mal rémunérée car on ne valorise pas les compétences qui lui sont nécessaires. Ces professions sont considérées comme peu qualifiées, redoublant la sphère privée des relations familiales ou la supposée empathie féminine, et la prolongeant dans le monde du travail. Pourtant, l'étymologie de « métier » renvoie à *ministerium*, celle ou celui qui est placé au service des autres et s'incline devant leurs nécessités. Au sens strict, le *care* se conforme bien à cette étymologie et d'ailleurs ce travail reste très imprégné par l'idée de service. Toutefois, le service n'est plus tant considéré dans sa noblesse d'activité pour autrui, qui suppose éventuellement une vocation et l'exercice d'une délicatesse dans la relation à l'autre. Il reproduit de fait, dans le monde capitaliste, une différence entre « serviteurs » et « maîtres », « exclus » et « inclus », comme si, à côté d'un citoyen productif souverain et maître de son destin, se détachait un non-citoyen dont le travail du *care* exprime la subordination et l'invisibilité sociale¹². On voit bien combien des vies sont considérées comme de moindre valeur que les autres, le travail étant un marqueur des différences hiérarchiques de formes de vie. Plus fondamentalement, toutes les vies ne se valent pas, certaines méritent plus que d'autres les pleurs et les hommages en cas

10. P. Molinier, « Les écueils de la professionnalisation du *care* », dans Aurélie Damamme, Helena Hirata et Pascale Molinier (dir.), *Le travail entre public, privé et intime. Comparaisons et enjeux internationaux du care*, L'Harmattan, 2017, p. 55.

11. Nancy Fraser et Axel Honneth, *Redistribution or Recognition ? A Political-Philosophical Exchange*, Verso, Londres et New York, 2003, p. 30.

12. Guillaume le Blanc, *L'invisibilité sociale*, PUF, 2009.

de deuil¹³. Les métiers du *care* sont symptomatiques de ce que la vulnérabilité de tous et de toutes, redécouverte dans ce moment de pandémie, permet de défendre : n'importe qui dans le besoin doit pouvoir bénéficier de soins, au nom d'une incondicionalité éthique du secours et de l'accueil.

L'égalité des voix ou la composition des mondes

En 2010, non seulement il n'était pas question d'évoquer la vulnérabilité humaine pour les professionnels de la politique, mais il ne semblait pas nécessaire non plus de convoquer l'aspect féministe du *care*, mettant en lumière les métiers féminins de soin sous-payés ou la double journée des femmes entre lieu de travail professionnel et domicile. Il faut dire que le moment féministe était plutôt celui de la mise en avant des quelques

femmes entrepreneuses dans le monde à même de nous enseigner que toutes les femmes peuvent

« Une nouvelle alliance entre émancipation et protection sociale »

devenir cadre dirigeante ou *leader* de *start-up*. Sheryl Sandberg, directrice de Facebook, écrivant son livre *LeanIn*¹⁴ pour que les femmes se bougent et mènent ainsi ensemble carrière professionnelle et vie de famille, est symptomatique de ce moment. Nancy Fraser a donné un nom à ce féminisme, celui de « féminisme néolibéral ». On sait pourtant que les femmes restent très peu présentes dans la direction des entreprises du CAC 40 comme dans les *start-up*, et qu'elles le sont beaucoup plus dans l'économie sociale et solidaire. On sait aussi que la grande majorité des pauvres dans le monde sont des femmes. Selon Nancy Fraser, les grandes transformations au XX^e siècle se sont accomplies selon trois projets : la marchandisation, la protection sociale et les luttes pour l'émancipation. Le « féminisme néolibéral » s'est développé dans une alliance entre les luttes pour l'émancipation et les forces favorables à la marchandisation. Selon elle, il faut créer à la place, en ce début de XXI^e siècle, une nouvelle alliance entre émancipation et protection sociale¹⁵. Les enjeux de reconnaissance ne

13. J. Butler, *op. cit.*, pp. 45-51.

14. <https://leanin.org/about/fr>

15. Cinzia Arruzza, Tithi Bhattacharya et Nancy Fraser, *Féminisme pour les 99 %. Un manifeste*, La Découverte, 2019.

peuvent être séparés des exigences de redistribution. Toute la sphère du *care*, largement féminisée dans de nombreux pays, doit faire l'objet d'une transformation sociale. Les activités d'approvisionnement et les

« Dans l'inattendu de la pandémie est apparu un sujet non souverain »

activités pourvoyeuses de soins (dont celles à destination des personnes très âgées), de socialisation des jeunes, de ménage et

de soutien des coopérations sociales sont dévalorisées par le capitalisme et l'ont toujours été, parce qu'elles sont en dehors des pratiques d'accumulation et souvent en dehors du marché (plutôt dans les maisons, le voisinage, les associations, les institutions publiques). En même temps, personne ne peut perdurer dans la vie sans elles. Il y a là une valeur de la vie et du travail à considérer qui concerne majoritairement les femmes, quoique à des degrés différents.

Dans cette optique, il faut analyser le retournement de la valeur travail pour les femmes. Alors que Simone de Beauvoir pouvait affirmer, dans *Le deuxième sexe* (Gallimard, 1949), que le travail des femmes était la condition de leur indépendance et plus encore de leur émancipation¹⁶, il n'en va plus tout à fait de même aujourd'hui. Dans les pays dits « riches », le travail participe d'une nouvelle forme d'exploitation pour les femmes et d'une crise du *care* dans les familles. Dans les pays du Sud où de nombreuses industries ont été relocalisées avec de bas salaires (comme celles du textile au Bangladesh), les femmes deviennent des forces de travail essentielles, sans bénéficier d'aucun droit du travail. Ces femmes du Sud n'assurent plus le *care* familial auquel elles étaient assignées et font l'expérience de formes d'oppression liées à la globalisation économique. D'autres partent aussi vers les pays du Nord comme main-d'œuvre du *care* bon marché, dans des sociétés où les deux salaires sont nécessaires et où les couples qui gagnent suffisamment leur vie externalisent les tâches du *care*. Dans les pays du Nord, l'externalisation des tâches de soin et de ménage, la double journée, la charge mentale et la pauvreté constituent les problèmes majeurs d'aujourd'hui, en termes de crise du *care*.

16. S. de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, Gallimard, 1949, tome II, chapitre XIV, cité en « Folio essais », 1976, p. 597 : « C'est par le travail que la femme a, en grande partie, franchi la distance qui la séparait du mâle; c'est le travail qui peut seul lui garantir une liberté concrète. »

Une société du *care* est plus concevable aujourd’hui qu’il y a dix ans, parce que nous faisons l’expérience de notre commune vulnérabilité face à la maladie. Il n’en reste pas moins que la revalorisation des carrières des soignants et un plan pour l’hôpital ne suffiront pas à poser la refondation qu’exige une société du *care*. Cette dernière ne se fera pas sans un rééquilibrage plus systématique entre activités dites productives, considérées comme rentables, et pratiques du « prendre soin » des autres mais aussi de l’environnement. Une politique du *care* ne peut se structurer qu’en ayant pour horizon la justice sociale, ce qui veut dire une égalité de traitement des activités humaines et des formes de travail. Elle ne se fera pas non plus si nous restons dans des partages du monde établis au nom de la maîtrise et du sujet souverain. Dans l’inattendu de la pandémie est apparu un sujet non souverain, dépossédé de lui-même et en proie à l’incertitude face à l’avenir. Les relations entre soi et les autres humains, mais aussi entre soi et les autres vivants, soi et la nature, s’en trouvent déstabilisées. Le *care* dessine des relations toujours en mouvement, soucieuses d’horizontalité plutôt que d’une verticalité immobile ou fixée. Il n’existe pas de *care* sans appréhension des différences, dans l’idée d’une inclusion de ces différences dans un monde commun toujours à modifier avec les nouveaux entrants et ce qui nous environne. Il ressemble à ces luttes indigènes décrites par Philippe Descola : « Les luttes indigènes contemporaines, autant contre les grands projets d’aménagement des gouvernements de la gauche développementaliste que contre les politiques prédatrices des multinationales, indiquent une troisième voie suggestive en ce qu’elle renoue les liens longtemps distendus entre humains et non-humains quant aux formes de souveraineté qu’ils exercent chacun sur eux-mêmes¹⁷. » Une résistance est alors engagée qui déconstruit diverses formes de souveraineté : des productifs sur les soignants, des hommes sur les femmes, des humains sur la nature et les autres vivants. Cette résistance a pris la forme de l’expression d’une « voix différente » dans les travaux de Carol Gilligan qui définissent les contours d’une éthique du *care* : « la voix différente est une voix de résistance¹⁸ » aux dualités et aux hiérarchies, en particulier celles issues du genre mais aussi

17. Ph. Descola, *La composition des mondes, entretiens avec Pierre Charbonnier*, Flammarion, « Champs essais », 2017, p. 55.

18. C. Gilligan, « Une voix différente. Un regard prospectif à partir du passé », dans Vanessa Nurock (dir.), *Carol Gilligan et l’éthique du care*, PUF, « Débats philosophiques », 2010, p. 20.

celles accolées aux partages du monde imposés par le capitalisme. Remettre sur le devant de la scène les professions qui répondent à nos besoins fondamentaux, en particulier en cette période de peurs pendant laquelle soigner les autres revient à risquer sa vie, ne saurait se faire sans une reconsidération de ce qu'est un monde commun, et plus encore une démocratie. Contre toute tentation de partages hiérarchiques iniques, les politiques du *care* peuvent s'appuyer sur l'éthique du *care* de Carol Gilligan quand elle promet « l'égalité des voix ». Promouvoir l'égalité des voix ne saurait alors s'accomplir sans un souci des voix les plus fragiles, les moins dessinées ou les plus discriminées par les catégories générales normatives, ce qui ne revient toutefois pas à circonscrire des populations vulnérables.

Cette refondation se fera ou ne se fera pas. Peut-être deviendra-t-elle un idéal vers lequel tendre. Elle met des voix ou des paroles à égalité. Elle considère des mondes à composer les uns avec les autres, en empêchant les volontés de maîtrise ou de prédation des uns sur les autres. Au bout du compte, elle déploie une conception de l'individu et des relations sociales qui repose sur une qualité qui n'est pas spectaculaire et généralement peu considérée dans le vocabulaire politique : l'écoute.

Fabienne BRUGÈRE



Retrouvez le dossier « **Questions sociales en France** »
sur www.revue-etudes.com