

"Le care revalorise la capacité d'innovation"

Alain Smaghe, Propos recueillis par Philippe Chibani-Jacquot

Dans **Les dossiers d'alternatives économiques 2015/HS1 (Hors-série 1)**, page 37

Comment définir le *care* ?

Lil n'y a pas une seule définition mais différentes visions que l'on peut restituer sur un plan historique. L'utilisation la plus ancienne revient à la sphère du sanitaire. C'est le débat récurrent entre les partisans du *cure*, c'est-à-dire le traitement de la maladie, et du *care*, c'est-à-dire le fait de prendre soin des personnes. D'un côté, il faut objectiver les problèmes pour y apporter une solution technique, de l'autre, il faut apporter une réponse intersubjective parce qu'on est face à des gens qui souffrent.

La deuxième perspective est apparue chez les féministes américaines du courant des théories du *care*. En France, Pascale Molinier a remplacé le mot théorie par celui de perspective pour bien signifier que le *care* pose un point de vue nouveau sur plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales. En particulier les sciences du travail, la philosophie dans sa branche éthique, la philosophie politique et tout ce qui en découle sur l'organisation sociale, le développement des métiers. Les deux figures fondatrices sont Carol Gilligan et Joan Tronto.

La première est une psychologue. En étudiant le développement moral des enfants, elle a distingué une voix des garçons et une voix des filles qui serait celle du *care*, même si la distinction n'est pas absolue. Ses recherches ont débouché sur la conceptualisation d'une éthique du *care*, en opposition à l'éthique de justice. Joan Tronto, elle, estime que l'éthique du *care* n'est pas féminine mais une voix des personnes du bas de l'échelle qui s'occupent des enfants, des personnes handicapées, des malades et d'autres activités comme le ramassage des ordures. En résumé, tout ce qui relève du "sale boulot".

En 2006, Patricia Paperman et Sandra Laugier publient *Le souci des autres* [\[1\]](#), qui compile la traduction française d'articles américains. Ce fut une révélation pour beaucoup. D'un coup, un nouvel instrument théorique permettait de renouveler le débat sur de vieux problèmes. Et en 2010, Martine Aubry s'en est emparée pour bâtir son projet de "société du *care*". Cela a eu un double effet : il y a eu un courant d'opposition violente, mais le concept est ainsi sorti du bois.

Un troisième courant concerne les soins de longue durée. Autrement dit, le *care* pose l'enjeu d'une autre réponse sanitaire et sociale à la perte d'autonomie, que ce soit le handicap ou les personnes âgées dépendantes. C'est la perception dominante au Japon notamment.

Le *care* associe le soin, le sanitaire et le social et touche l'ensemble des compartiments de ces activités, que ce soit la posture professionnelle, le management ou l'organisation du travail. Qu'en est-il de sa prise en compte en France ?

Si on admet que le *care* s'adresse à toutes les fragilités, qu'elles soient corporelles ou sociales, la tendance actuelle est d'objectiver les problèmes au nom de l'efficacité. Le *cure* est donc dominant. Cependant, tout le monde dit aussi que le traitement ne suffit pas nécessairement.

Donc l'apport personnalisé est particulièrement important. Mais au moment de le décliner dans des dispositifs, cela devient très compliqué pour une raison essentielle : le *care* est décrit comme un travail invisible et on ne fait pas l'effort de le rendre visible. Il n'est donc pas mesurable, on ne peut lui donner une valeur, il n'est donc pas finançable. Un exemple : je travaillais dans un hôpital de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les financeurs nous ont demandé ce qu'on faisait exactement. Nous avions une action de type *care*, sans instrument théorique pour défendre nos pratiques. Les financeurs nous ont dit : vous ne faites pas grand-chose, sous-entendu vous faites du médico-social, il n'y a donc aucune raison de vous financer comme du sanitaire.

La question est la même pour l'aide à domicile : pourquoi paierait-on des gens qui finalement font un travail de mère de famille ? Notre société est dans une position schizophrénique : on veut tous des aides à domicile parfaites, très bien formées et payées le moins cher possible pour s'occuper de ce qui nous est le plus cher, à savoir nos enfants et nos vieux parents.

L'essentiel du problème est financier. Je rencontre régulièrement des aides à domicile qui recèlent des trésors de compétences parce qu'elles ne sont pas déformées par la spécialisation. Tout l'enjeu est de leur offrir des conditions de travail correctes et des salaires un peu plus attractifs. Il faut améliorer les conditions de formation, de supervision, de création de collectifs de travail de l'aide à domicile. Cela transformerait de fait les conditions du maintien à domicile.

Le *care* n'a-t-il pas du mal à trouver sa place tout simplement parce qu'il entre en conflit avec notre concept de solidarité nationale ?

Le *care* a ce "défaut" d'être un terme anglais. Manuel Valls avait réagi à la société du *care* de Martine Aubry en disant qu'il valait mieux en revenir aux principes de solidarité et aux valeurs républicaines d'égalité et de fraternité. Mais le vrai débat n'est pas celui-là. Le *care* est provoquant, car il revalorise la capacité d'innovation et de créativité des gens qui s'occupent directement de ce travail. Ce n'est pas qu'une opposition de concepts. Dans l'aide à domicile, le *care* insiste sur l'importance essentielle de ceux qui sont en bas de la pyramide. Ils font le boulot et pour qu'ils le fassent correctement, il faut leur laisser la capacité de l'organiser et de l'inventer. Tout le dispositif qui consiste à faire des agences nationales pour produire des référentiels qui expliquent comment il faut faire est voué à l'échec.

Dans le cadre d'une étude sur un gros service d'aide à domicile de la région parisienne, nous avons organisé des discussions avec des aides à domicile autour des situations éthiquement difficiles. Eh bien ces gens qui pratiquent le *care* n'ont pas besoin d'une formation à l'éthique, car elle se développe naturellement. Ils ont simplement besoin d'être aidés pour mettre des mots sur ce qu'ils font.

Cela signifie-t-il qu'il faut formaliser les métiers du *care* ?

Dans le cadre d'Agir pour le *care*, nous avons le projet de créer des colocations pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce projet a été sélectionné par un incubateur social, mais lors de la première présentation au comité de sélection, une personne m'a dit : "*Vous centrez tout sur les aides à domicile, alors qu'on nous dit qu'il faut des spécialistes pour cette maladie : des animateurs, des psychologues, des art-thérapeutes, des musicothérapeutes... vous n'en avez pas et donc vous n'allez pas bien vous en occuper.*" J'ai dû lui expliquer qu'on prenait le problème à l'envers. Ceux qui s'occupent au quotidien des personnes à leur domicile sont le pilier du dispositif et il faut investir à fond sur eux et surtout

pas en les spécialisant, sinon on les retire du bas de la pyramide. Le problème est que ce modèle de la professionnalisation par la spécialisation est totalement intégré par les aides à domicile elles-mêmes. C'est là que la théorie du *care* peut jouer un rôle.

[1] Aux Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.