

ANALYSE

Pour une société de soin partagé !

Par Cécile De Wandeler, responsable du Bureau d'étude de Vie Féminine

Cette analyse a servi de cadre théorique pour l'organisation de la Semaine d'étude 2016

Une société sans soin ?

S'occuper des enfants, des personnes âgées, se soucier de la santé, tant physique que mentale, des gens en général, répondre aux besoins ou aux souffrances de chacun-e (accident, deuil, précarité, etc.), maintenir un cadre de vie acceptable pour tou-te-s (ramassage des déchets, entretien des lieux de vie collectifs, etc.). Prendre soin des autres, c'est une activité fondamentale de toute société. Mais qu'entendons-nous par là ? C'est avant tout un faire, une action qui s'inscrit dans une relation concrète à l'autre (au contraire de la compassion par exemple, qui est passive). Ce sont des pratiques humaines qui renvoient à la notion de soin, mais aussi d'attention, de souci et préoccupation des autres ou encore de responsabilité.

Derrière cette notion, se cache surtout une autre dimension essentielle : celle de la vulnérabilité de toute vie humaine. « *Toute vie humaine a besoin à un moment ou un autre, de protection, qu'il s'agisse de satisfaire ses besoins vitaux, de répondre à un moi diminué ou transformé par une épreuve, par un accident, etc.* »¹. Plus même, cela renvoie au fait que l'être humain est fondamentalement dépendant des autres humains et de son milieu de vie (groupe, société, environnement). Cela ne concerne donc pas que les bébés, les malades, les handicapés ou les personnes âgées, mais chacun-e d'entre nous.

Or la société libérale et capitaliste ne veut pas voir cette vulnérabilité. Elle privilégie « un certain détachement », « des positions rationnelles et calculatrices », qui mène à une instrumentalisation de toutes choses, y compris d'autrui. Elle valorise surtout à l'extrême l'individu indépendant, libre et performant, qui se prend en charge. Mais pour une majorité de personnes, cette vision n'est qu'un mythe, qui fonctionne comme une machine

¹ Fabienne BRUGERE, *Le sexe de la sollicitude*, Paris : Seuil, 2008, p. 31.

à exercer du pouvoir, à discriminer, à exclure. Car l'autonomie n'est pas facile à atteindre, c'est un processus complexe qui demande de nombreuses conditions pour pouvoir émerger et notamment, celle de prendre en compte nos nécessaires dépendances (enfance, vieillesse,...). Et même à l'âge adulte, l'autonomie reste parfois fragile, temporaire (précarité, deuil, etc.). Prendre soin de l'autre se situe alors dans cet objectif de rendre de la valeur, de l'autonomie, du sens à la vie de la personne vulnérable, par « *des conduites d'accompagnement d'autrui qui nécessitent des compétences autant que des sentiments.* »²

Le concept de « soin aux autres » renvoie donc à un champ assez vaste de pratiques, de comportements, de dispositions, de tâches, de métiers, qui dépassent largement le seul secteur de la santé. On peut le retrouver sous de nombreuses formes et dans tous les domaines de la société.

- Il renvoie à du soutien matériel, physique, moral, psychique.
- On le retrouve dans la sphère privée comme publique.
- On peut l'exercer de manière totalement gratuite ou dans le cadre d'une activité professionnelle rémunérée. .
- Il s'adresse aussi bien à des personnes dépendantes qu'à des adultes en pleine santé.

Réalités d'un travail non partagé

Mais qui fait ce « travail » aujourd'hui et dans quelles conditions ? Clairement, la répartition du travail de soin dans la société recoupe les inégalités et les discriminations produites par les systèmes de domination que sont le patriarcat, le capitalisme et le racisme.

Ce sont toujours les femmes aujourd'hui qui prennent massivement en charge les tâches ménagères, d'éducation et du soin aux enfants. En Belgique, les femmes consacrent toujours 1h30 par semaine de plus que les hommes au soin et à l'éducation des enfants et 8h de plus pour les tâches ménagères³. Lorsqu'il faut aider une personne dépendante dans son entourage, c'est à 75% des femmes qui s'en chargent. Les interruptions de carrière (crédit-temps, congés thématiques,...) ayant le soin pour motif (enfant de moins de 8 ans ou handicapé, soins palliatifs, etc.) concernent une grande majorité de femmes (plus de 80%)⁴. Aides-ménagères, aides-soignantes, aides familiales, infirmières, puéricultrices, etc. sont toutes des professions qui comptent une majorité écrasante de femmes (autour de 90%)⁵. Une grande partie de ce travail reste invisible et gratuit alors qu'il représente une force de travail énorme, estimée pour la Belgique à 27% du PIB, selon un rapport de l'OCDE⁶, quand l'industrie n'en représente que 15%.

La prise en charge du soin aux autres dans la société reste considérée comme une affaire de femmes, comme une extension naturelle de leur rôle maternel (qu'elles soient mères

² Idem, p. 104.

³ DG Statistique, VUB. Groupe de recherche TOR, *Enquête 2013 sur l'emploi du temps des Belges, 2015* : <http://www.time-use.be>.

⁴ Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, *Femmes et hommes en Belgique. Statistiques et indicateurs de genre*, 2011, p. 152.

⁵ Idem, p. 111 et suiv.

⁶ OCDE, *Panorama de la société 2011. Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, p. 27 (<http://www.oecd.org/fr/els/soc/48448172.pdf>).

ou pas). Elle est aussi renvoyée vers la sphère privée : on continue à voir le « foyer », la « famille » comme le lieu idéal pour un jeune enfant ou une personne âgée. Cela n'est pas assez reconnu comme un travail à part entière, demandant des compétences et un savoir-faire, ce qui débouche sur de piètres salaires, statuts et conditions de travail. Le non-statut des accueillantes d'enfants conventionnées en est l'exemple parfait.

De plus, ce sont aussi essentiellement des femmes peu qualifiées ou des femmes étrangères à qui on relègue les tâches les plus ingrates du soin aux autres. Ces dernières sont d'ailleurs cantonnées dans ces secteurs parce que leurs diplômes ne sont pas reconnus ou qu'elles n'ont pas d'autres choix pour migrer (passage par des filières de recrutement) et pour survivre (ex. femmes sans-papier employées comme nounou ou garde-malade). De plus, elles subissent aussi les stéréotypes racistes, comme le montre Caroline Ibos dans son étude sur les nounous à Paris (ex. "*Les Africaines sont maternelles mais peu portées sur les tâches ménagères*", "*Les Asiatiques sont propres mais froides*"...).⁷

Qui en profite ? Les grands gagnants dans cette répartition du travail et des rôles restent évidemment les hommes et les classes sociales privilégiées qui n'ont qu'à très peu se préoccuper du soin, parce que d'autres (les femmes mais aussi les classes populaires, les personnes racisées, étrangères) s'en chargent à sa place, dans l'ombre et à moindre coût. Dans le contexte actuel, certaines femmes qui en ont les moyens, choisissent aussi de déléguer une partie de ces tâches pour gagner en reconnaissance sociale ou en indépendance, ce qui les met souvent dans des positions ambivalentes⁸. Mais il y a aussi toutes les entreprises qui voient dans le soin aux autres un « marché », un moyen de faire du profit, en surfant sur les besoins non rencontrés de la population et en se servant de cadres peu régulés ou peu favorables) la qualité de l'emploi notamment (ex. maisons de repos privées cotées en bourse).

Enfin, les femmes sont prises dans les multiples rôles de cette chaîne du soin⁹. Elles peuvent à la fois dispenser ce soin à des enfants ou un proche, gratuitement, dans le cadre familial, mais également travailler professionnellement dans ce secteur. Sur leurs lieux de travail, quel que soit le secteur, on attend souvent d'elles qu'elles continuent à jouer ce rôle de manière informelle (écoute, soin pour les personnes, pour le cadre, etc.). Et elles sont elles-mêmes souvent usagères de services de soin (crèches, hôpitaux, soutien aux familles, etc.) qui manquent de moyens ou qui sont soumis à des pressions fortes de rentabilité. Les impacts sur leur santé, leur autonomie financière, leur image peuvent être ravageurs (précarité, « burn-out » maternel, etc.). Et parfois le seul moyen de « souffler », c'est de tomber soi-même malade.

De plus la société continue à associer l'identité des femmes avec des valeurs de dévouement, d'altruisme, de générosité, d'oubli de soi qui les piègent. « Prendre soin de soi » pour une femme n'est toujours pas légitime ou renvoie à la consommation de produits

⁷ « Les mères et leurs nounous. Je t'aime, moi non plus », Le Monde, 31.01.2012 (cfr.

http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/01/31/les-meres-et-leurs-nounous-je-t-aime-moi-non-plus_1636844_3224.html#SpqO7VSIcWYPmCG.99)

⁸ Pascale Molinier, « Des féministes et de leurs femmes de ménage : entre réciprocité du care et souhait de dépersonnalisation », *Multitudes* 37-38, 2009, p. 113-121

⁹ « Il importe de ne pas oublier que les sujets qui exercent la sollicitude et prennent soin des humains en situation de vulnérabilité sont eux-mêmes des êtres vulnérables, qui feraient du travail de la sollicitude une chaîne infinie de soutien aux vies fragiles. » (Brugère, p. 14)

sur le marché capitaliste du « bien-être ». Pour la psychologue française Pascale Molinier¹⁰, il est pertinent de valoriser l'égoïsme pour les femmes, même si ce terme est mal vu. Pour elle, il s'agit de « penser à soi » et de sortir de la voie de l'abnégation qui est toute tracée pour les femmes. Il est clair qu'on peut à la fois s'occuper des autres et penser à soi, sa propre destinée, ses propres choix, son propre plaisir. Mais les négociations individuelles, même si elles restent nécessaires, ne suffisent pas. Alors, les résistances et les changements doivent s'enclencher à différents niveaux de la société : politiques publiques, relations de travail, éducation, changements culturels, etc.

Comment réorganiser la prise en charge du soin ?

Si nous voulons plus d'égalité, de solidarité et de justice, nous ne pouvons plus passer sous silence les besoins de soins et de sollicitude que nécessitent toute vie humaine et toute société, ni les souffrances qu'engendrent le partage inégalitaire du travail de soin. Mais alors, comment réorganiser ce travail à tous les niveaux de la société ? A quoi ressemblerait une réelle prise en charge collective du soin aux autres ? Pour faciliter la réflexion, nous envisagerons 3 niveaux :

1) Le niveau micro : individu, couple, famille

Comme nous l'avons vu, la répartition inégalitaire des tâches de soin commence au quotidien par une surcharge de travail de soin pour les femmes. Il ne s'agit évidemment pas d'un choix libre des femmes, mais de représentations et de comportements qui sont induits par la socialisation dès le plus jeune âge, par exemple, via les jouets, les livres ou les dessins animés. Cela continue à l'âge adulte avec certains discours sur l'instinct maternel ou des publicités qui mettent systématiquement l'accent sur les rôles de ménagères et de soignantes des femmes (ex. pub pour le lait infantile, pour la lessive, pour les médicaments) au détriment d'autres identités. Des stéréotypes de douceur, de disponibilité, de générosité, d'oubli de soi y sont forcément liés. De plus, ces images et ces valeurs se construisent en opposition avec les stéréotypes masculins, centrés sur la force, l'indépendance, la rationalité. Ces rôles sont vus comme opposés (on ne peut pas être, faire les deux) et complémentaires (on a besoin de l'un et de l'autre). Et bien qu'on glorifie dans les discours ces « vertus » dites féminines, en réalité, dans la société, la hiérarchie sociale les placent en bas de l'échelle de la reconnaissance, que ce soit en termes de salaires, de compétences ou encore d'« utilité sociale ».

Malheureusement, les mentalités et surtout les pratiques changent très difficilement. Même avec un bouleversement social comme celui des années '60-'70 en ce qui concerne la condition des femmes, les rééquilibrages en termes de temps consacré au travail de soin ménager ou parental ont été assez faibles, inégalement répartis entre les classes sociales et surtout, cela stagne depuis les années '90. Le lien entre identité de femme et rôle de soin aux autres reste fort et doit absolument être déconstruit. La prise de conscience des rôles stéréotypés et de ses conséquences (couple, famille élargie, etc.) est une étape importante pour questionner le partage du soin. C'est aussi très difficile de décoder ces stéréotypes et ces inégalités dans les situations les plus banales et quotidiennes. Est-ce que changer un linge ou nettoyer les toilettes, c'est vraiment la même chose que sortir les poubelles ou laver la voiture ? Enfin, il s'agit aussi de sortir d'un sentiment de culpabilité

¹⁰ Pascale Molinier, « Les femmes aussi peuvent penser à elles ! », *axelle*, HS2012, p. 16-19.

quand on questionne la répartition des tâches ou qu'on pose des limites notamment à la « solidarité » familiale, qui signifie souvent « débrouille entre femmes ». Une grand-mère peut-elle par exemple facilement limiter son investissement auprès des petits enfants dans le contexte actuel ?

Les femmes ont évidemment besoin de pouvoir se renforcer pour sortir de ces rôles imposés et gagner en liberté individuelle mais aussi collective. Mais des changements aussi fondamentaux ne peuvent pas reposer uniquement sur les individus et sur les organisations qui travaillent à ouvrir les capacités d'agir des femmes. Une responsabilité pèse aussi sur les hommes, et le changement doit aussi venir d'eux, à partir des lieux où ils s'engagent, notamment dans les mouvements sociaux organisés qui agissent normalement au nom de certaines valeurs comme la démocratie ou la solidarité. Mais pour les hommes comme pour les femmes, il faut bien sûr tenir compte des nombreux freins structurels aux changements (ex. congé de paternité, temps partiel féminin, etc.).

2) Le niveau méso : les organisations, les services, les entreprises, les institutions

Infirmières, travailleuses en titres-services, éducatrices spécialisées, professionnelles de l'accueil de l'enfance,... Un levier primordial pour réorganiser la prise en charge du soin aux autres, c'est évidemment la reconnaissance et la valorisation des secteurs professionnels qui fournissent ce travail et l'amélioration des conditions de travail dans ces secteurs. Il faut évidemment parler des salaires, du rythme de travail, de la « pénibilité » de certaines tâches, de la formation, des évolutions possibles, etc. La reconnaissance de compétences et de qualifications est également essentielle pour sortir de l'idée que ces compétences sont « naturelles » aux femmes. Peut-être manque-t-on aussi de savoirs sur ce que représentent et demandent vraiment ces métiers. Dans ce cadre, les récits collectifs de professionnelles (ex. aides-familiales, etc.) sont très intéressants. Mais n'y a-t-il pas aussi des limites à la professionnalisation ? Certaines choses ne devraient-elles pas toujours rester informelles, gratuites ?

De plus, la professionnalisation ne doit pas se faire à n'importe quel prix pour les travailleuses comme pour les bénéficiaires. Aujourd'hui, il faut s'inquiéter et résister à l'emprise toujours plus grande que prennent les logiques marchandes, de rationalisation et de rentabilité, dans les secteurs liés aux soins. Pour évaluer le rendement d'une assistante sociale, on comptabilise le nombre de dossiers traités et la « réussite » de ses usagers. On impose des codes INAMI à une infirmière à domicile sur base desquels elle sera rémunérée et ses patients remboursés. Mais s'il existe des codes pour des actes techniques, il n'y en a pas pour la prise en charge émotionnelle, l'accompagnement qui prend lui aussi du temps... Or prendre soin, dans la sphère professionnelle comme privée, nécessite toujours une part de tâches émotionnelles qui échappent à la stricte classification professionnelle. Cela nécessite de repenser les outils d'évaluation et d'organisation du travail pour laisser de la place aux aspects humains, relationnels, à l'observation bienveillante ou encore à la prise de recul sur ses pratiques.

Le soin est dispensé aussi dans le cadre d'institutions sociales, relativement structurées : maisons de repos, lieux d'accueil de l'enfance, services de santé ou d'aide aux familles, CPAS, etc. Si chacune de ses institutions a une idée claire de la réponse qu'elle peut ou doit donner à une situation, il arrive aussi souvent qu'elle passe à côté des soins les plus élémentaires. Le secteur médical par exemple est souvent décrié pour son « inhumanité » dans les soins : on soigne le corps d'un patient sans prendre en compte

d'autres aspects : le mental, la culture, les conditions de vie, etc. La durée du séjour en maternité a par exemple été réduite sans qu'aucun dispositif pour permettre une continuité des soins à domicile n'ait été mis en place. Ou encore il n'est pas rare de voir une institution d'aide sociale passer à côté de faits de violences conjugales. A cet égard, nous devons nous-mêmes, en tant qu'organisation ou service, nous questionner sur la place que nous donnons au « soin des autres » dans nos pratiques quotidiennes.

Enfin, est-ce que le « soin aux autres » n'a rien du tout à faire dans d'autres lieux ou institutions qui n'appartiennent a priori pas à ce champ ? Quelle place pour la sollicitude, le soin pour des architectes, des conducteurs/-trices de bus ou des magistrat-e-s par exemple ? Ne sont-ils et elles pas aussi confrontés à des personnes, des collègues, du public ? Chaque organisation, chaque institution, parce qu'elle est confrontée à la vulnérabilité humaine, devrait pouvoir en tenir compte et y répondre de manière appropriée.

3) Le niveau macro : l'Etat, la gouvernance, les politiques publiques

Le soin aux autres doit prendre une nouvelle place dans la société toute entière. Il doit sortir de l'invisibilité et de la sphère privée pour être enfin considéré comme central et indispensable au fonctionnement de la société, et donc comme un enjeu essentiel pour l'Etat et la démocratie. Cela doit être considéré comme l'affaire de tous et pas seulement des femmes. Pour sortir de cette invisibilité, le travail de soin, qu'il soit formel ou informel, doit être mieux documenté et comptabilisé. L'Etat a un rôle à jouer dans la mesure des pratiques de soin aux autres qui existent aujourd'hui, tant en quantité qu'en qualité et il doit pouvoir identifier les besoins et les attentes non-rencontrées des personnes. Par exemple, comment est-il possible que les pouvoirs publics en sachent toujours aussi peu sur les besoins en places, services ou autres pour les personnes handicapées de grande dépendance et leurs proches ? Il est clair que la voix des personnes vulnérables comme de celles qui en prennent soin n'a que peu de poids dans le débat démocratique.

De plus, les questions de prise en charge du soin aux autres sont toujours subordonnées aux impératifs économiques : il faut créer des places d'accueil de la petite enfance pour permettre aux femmes de travailler, il faut accompagner les chômeurs, les personnes en invalidité, à retrouver du travail quel qu'il soit, etc. Les services de soin sont toujours considérés comme des coûts pour la collectivité, toujours trop importants et jamais prioritaires. Ils ne sont jamais vus non plus comme des investissements ou un moyen de prévenir d'autres coûts plus importants : poids de la précarité, soins de santé qui explosent, violences sociales, etc. Or pour nous, l'économie ne peut en aucun cas être un prétexte pour appauvrir les gens et ne pas respecter ses engagements en matière de droits. L'économie doit être au service du bien-être, de l'autonomie et des droits fondamentaux de tous les êtres humains et tenir compte de la dépendance de l'être humain à son environnement social et naturel (lien social, biens immatériels, durabilité des ressources). Au-delà du champ économique, les politiques néolibérales actuelles banalisent de plus en plus un traitement inhumain de certaines questions cruciales, comme le chômage et la précarité ou le sort des migrants. Au service d'une idéologie gestionnaire, elles s'attaquent aux plus vulnérables, rajoutant de la souffrance à celles déjà vécues. Pour intégrer le soin aux autres dans l'organisation sociale, ne faut-il donc pas aussi questionner les modèles de « gouvernance » actuels ?

Enfin, les médias parlent parfois d'une « crise du soin ». Avec le vieillissement de la population, la demande de soin ne cesserait d'augmenter, les soignants et les services viennent à manquer. Mais cette crise du soin n'est pas que démographique ! Elle résulte aussi d'un sous-investissement structurel dans les politiques de santé et les services de prise en charge, d'une dégradation continue des conditions de travail dans les métiers du soin, d'un désinvestissement et d'une violence des politiques sociales qui impactent la santé physique et mentale des personnes fragilisées socialement. C'est aussi dans ce contexte qu'il faut analyser les mesures politiques qui sont actuellement sur la table pour répondre à des besoins dits « urgents », comme par exemple la création d'une assurance autonomie, un statut et des droits sociaux pour les aidants-proches ou encore le suivi et l'accompagnement de la grossesse et du post-partum.

Un levier pour la participation

Le soin, c'est donc une forme importante, colossale en énergie, en temps et en en liens humains, de participation à la société. Dans nos sociétés, cette participation est souvent invisible et peu valorisée. On reconnaît surtout des formes de participation plus formelles, sur la scène publique (parti politique, syndicats, organisations citoyennes, associations, ...). Or, les femmes sont actives massivement dans des formes de participation informelles, de proximité : le voisinage, la famille, les amis, l'entourage,... Cette participation leur donne une expertise sociale essentielle. Car prendre soin, c'est toujours une pratique, une action. Cela demande un engagement, des compétences, des apprentissages, même s'ils se transmettent en partie de manière informelle et dans un contexte de domination (socialisation entre femmes). C'est aussi une position sociale qui permet d'observer de nombreux dysfonctionnements de notre société.

Cette expertise et cette expérience, les femmes l'amènent souvent là où elles sont, dans leurs réseaux, leur emploi, leurs engagements... Mais encore faut-il qu'elles puissent décoder le contexte et mettre des mots sur les réalités auxquelles elles sont confrontées, à la fois comme pourvoyeuse de soin, mais aussi comme partenaires privilégiées des bénéficiaires du soin. C'est alors qu'elles peuvent décoder des réalités liées au soin et faire émerger les points de vue des personnes concernées, pour ensuite, confronter ces analyses aux politiques actuelles. En s'appuyant sur des valeurs et des pratiques, elles peuvent alors questionner plus globalement le fonctionnement de la société et se mobiliser pour une transformation sociale qui laisse autant de place à l'expérience humaine de la dépendance qu'à celle de l'autonomie.

Enfin, cette participation ne doit pas être idéalisée. En effet, après avoir énormément investi dans les soins aux autres (la famille, des proches, etc.), les femmes peuvent se retrouver très seules, sans réseau, sans projets personnels, et finalement sans personne pour se soucier de leur vulnérabilité à elles... De plus, il faut sans doute imaginer des moyens d'actions appropriés et des stratégies possibles pour faire changer les choses. Car il est souvent très difficile pour les professionnelles de ces secteurs de faire « grève » : elles invoquent à la fois les impacts sur les usagers et usagères mais aussi leur identité professionnelle et les responsabilités qu'elles y attachent. De même, plusieurs mouvements féministes ont déjà expérimenté des grèves des femmes, mais cela reste extrêmement difficile à organiser.

Pour une société de soin partagé

Finalement, ces pratiques convoquent aussi des valeurs qui sont chères à nos yeux, même si elles ne sont parfois pas consciemment exprimées : la bienveillance, le respect, l'ouverture, l'inclusion, un positionnement qui cherche à éviter la prise de pouvoir, l'empathie, etc. Nous avons vu qu'elles nous piègent parfois dans des stéréotypes, mais aussi qu'elles peuvent incarner des résistances aux dominations et aux violences sociales. Dès lors, à partir de notre position de mouvement féministe, avec des services impliqués dans les secteurs du soin, nous pourrions dessiner les contours plus précis de ces valeurs, des repères que nous voulons donner à toute pratique de soin et contribuer ainsi à une transformation vers une société de soin réellement partagé.

Bibliographie

Fabienne BRUGERE, *Le sexe de la sollicitude*, Paris : Seuil, 2008.

« Politiques du care », in *Multitudes*, 37-38 (2009), p. 71-141.

Marie GARRAU, Alice LE GOFF (dir.), *Politiser le care ? Perspectives sociologiques et philosophiques*, Paris : Le Bord de l'Eau, 2012.

Sophie BOURGAULT, Julie PERREAULT (dir.), *Le Care. Ethique féministe actuelle*, Montréal : Editions du remue-ménage, 2015.