

Alice Lancelle

Doctorante en philosophie : « Les relations individuelles de soin à l'épreuve des institutions : enjeux éthiques des relations de soin, le cas d'un Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ».

Savoirs, Textes, Langage / Université de Lille 3

Centre d'éthique médicale / Département d'éthique et de philosophie de l'Institut Catholique de Lille

alice.lancelle@univ-catholille.fr

Relations de pouvoir et dispositifs de soin, pour ou contre une politique de *care* en philosophie ?

Mon travail porte sur les enjeux normatifs des relations de soin dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il s'agit, en premier lieu, d'analyser une forme spécifique de relation en tant que mode de gouvernance d'un établissement de résidence et de soin. Pour ce faire, je consacre une partie de ma thèse aux relations entre aides-soignant.es et personnes âgées dépendantes entourant la distribution des soins de *nursing* en EHPAD. Selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées menée en 2007 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'âge moyen à l'entrée en EHPAD est de 84 ans¹, ¾ sont des femmes, la durée moyenne de séjour est de 2 ans et 6 mois et les niveaux de dépendance, tant physiques que psychiques, élevés et associés à des taux de pathologies correspondants. La capacité moyenne d'un EHPAD est de 70 places dans le secteur privé non lucratif et de 108 places dans le public. Les soins de *nursing* consistent à prendre en charge les besoins physiques et affectifs des personnes soignées selon une grille (tirée de la pyramide des besoins de Maslow) donnant la priorité aux besoins physiques tels que laver, hydrater, nourrir et vêtir. En EHPAD, du fait de la dépendance totale des usagers et de la prise en charge globale - personnalisée et individualisée - des résidents, les soins de *nursing* constituent un mode de gestion « disciplinaire ».

Le soin gériatrie est présenté comme requérant (à tous les niveaux du soin et en particulier au niveau des soins de *nursing*) une attention extrême au risque de maltraitance. Le soigné, même

¹ PRÉVOT, Julien. « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », in *Études et résultats*, DREES, n° 689, mai 2009.

réduit à sa pathologie peut et doit toujours faire l'objet d'une attention subjectivante. Le soin, pouvoir objectif et asymétrique sur autrui, est aussi et bien plutôt, toujours déjà, une relation qui engage deux sujets. Cette dimension relationnelle, dite de *care*, comporte ses pathologies spécifiques telles que la négligence et la maltraitance mais aussi la servitude, l'excessif recours à la sollicitude des soignants. Dans les faits, la relation de soin entre aides-soignant.e.s et personnes âgées en EHPAD ne comprend qu'une dimension négative de « *care* » et se donne à voir comme une distribution objective, technique, à la fois totale et globale, de soins et de services.

Dans la mesure où la dimension curative du soin n'apparaît pas comme prioritaire, se pose la question des possibilités de maintien du sujet soigné, de son autonomie et de sa liberté, au moyen d'autres types de soins que médicaux et que l'on nomme, de façon générique sous le concept de *care*. Il s'agit alors de comprendre la façon dont les professionnels de soin au plus près des soignés parviennent à maintenir autrui dans la relation, lui garantissant ainsi une autonomie vectrice d'une appartenance à un monde de normes. Nous cherchons donc à répondre au problème du sens possible du lien entre la vie physiologique et la vie en société chez les personnes âgées dépendantes placées en EHPAD.

Il s'agit, alors, de problématiser les responsabilités, ainsi que les résistances, de celles et ceux qui s'occupent quotidiennement de personnes très âgées, très dépendantes, la plupart du temps démentes, inexorablement en fin de vie. Comment ces salarié.e.s font-elles et font-ils pour, à travers ces relations de soin, assurer une forme personnelle d'engagement (mais aussi socialement organisée car socialement nécessaire) vis-à-vis de personnes vulnérables ? Comment font-elles/ font-ils pour bien faire leur travail alors même que les choix publics et politiques en matière d'institutionnalisation de la dépendance imposent pour les résidents des conditions de vie largement insatisfaisantes et pour les salarié.e.s des conditions de travail pénibles et moralement problématiques, c'est-à-dire génératrices de « souffrance éthique » ? Selon les mots de Christophe Dejours : « c'est cette souffrance qu'implique, pour le fonctionnement psychique, le fait d'apporter *nolens volens*, son consentement à participer à des actes que moralement on réproouve"(Dejours, 2015, p. 23).

Un enjeu central de cette thèse consiste alors à déterminer la dimension de *care* des relations de soin de façon à définir tant une méthodologie d'analyse de la relation de soin qu'une proposition de la compréhension des enjeux de politisation des éthiques de *care*. Il convient alors de s'approprier les débats qui entourent la formulation des éthiques du *care* autour de la normativité politique du *care* comme mode de gouvernement des individus. Dans cette

communication, je vous propose – à partir de la proposition d’une conception de la politisation des pratiques de *care* par les aides-soignant.e.s – de définir une acceptation critique de la normativité politique des éthiques du *care*.

L’intérêt des éthiques du *care* dans mon travail est manifeste. Tout d’abord, il s’agit de redonner une voix à des femmes dont l’action, quoiqu’invisibilisée, constitue un socle garantissant le maintien du pacte social. Les travaux sur le *care* éclairent la façon dont chaque individu, en tant que sujet et objet de soin, dépend d’un autrui singulier mais plus encore de dispositifs de soin, d’un réseau de soin dont les possibilités d’accès constituent d’ailleurs une profonde source d’inégalités. Comme le rappelle Fabienne Brugère, dans son article intitulé : « Quelle politique du « *care* » dans un monde néolibéral ? » (in Garrau et Le Goff, 2012) c’est aussi la raison pour laquelle « la captation du soin » demeure un enjeu politique majeur de gouvernement du vivant. Les dispositifs de soin et de santé institutionnalisent une « économie morale » à travers la privatisation et la marchandisation des services publics. Bien que les éthiques du *care* promeuvent une civilisation du *care* fondée sur des enjeux normatifs politiques issus de la façon dont le *care* est pensé comme constitutif de la vie en société (à travers un féminisme démocratique essentiellement) ; le *care* doit en même temps être conçu comme un biopouvoir. Francesco Paolo Adorno, dans un article intitulé « La liberté d’être une brebis », critique les éthiques du *care*, dans leurs prétentions à promouvoir une politique de *care* subversive, égalitaire, démocratique. En effet, nous dit-il – dans la continuité de l’avènement de ce que Foucault avait nommé un pouvoir pastoral ou « pouvoir de soin » (in Sécurité, territoire, population) –, les politiques de *care* ne feraient que poursuivre, voire accentuer, une forme de gouvernementalité qui troque la liberté contre la sécurité. L’éthique du *care* (ne s’agit-il pas en fait des éthiques de *care*, au pluriel ?) :

« 1) Elle réduit toutes les relations humaines au modèle malade-soignant et, par conséquent, considère qu’ontologiquement nous sommes tous, soignés et soignants, vulnérables comme des malades. 2) Elle ne se propose pas de surmonter cette vulnérabilité mais de la promouvoir en institutionnalisant la dépendance réciproque des individus. 3) Dans la perspective du care, la politique ne serait qu’une activité de réparation du monde et de nos corps (ce qui représente déjà un point assez problématique) selon un idéal de santé implicite finalisé au soutien de la vie qui devient par là-même une valeur en soi. » (Adorno, 2011)

Le travail de Lucas Barbara sur les enjeux biopolitiques du *care* nous permet de concevoir les liens entre les dispositifs de soin, les relations de pouvoir et les enjeux politiques des éthiques

de *care*. Dans le chapitre 5 de sa thèse en science politique (*Les nouvelles politiques du care, approches comparatives*), intitulé « Politiques du *care* et gouvernement de la vie. Une typologie des pratiques locales en Suisse », Barbara Lucas établit les liens entre une prétention des philosophies du *care* à prendre la vie pour objet (voir la définition du *care* chez Tronto ou Sevenhuijsen) et la façon dont les politiques locales intègrent les perspectives de « social *care* ». Selon elle, il ne faut pas comprendre le *social care*, a minima, (comme le fait Claude Martin dans son article intitulé « qu'est-ce que le social *care* ? », c'est-à-dire) seulement comme un moyen de comparer les politiques sociales des Etats Providences mais bien aussi comme un questionnement de « la façon dont les politiques sociales gouvernent les individus concernés ». Cette perspective tend à faire apparaître les aspects biopolitiques des philosophies promouvant un modèle vitaliste de *care* à travers une étude concrète d'un ensemble de « discours ayant la vie humaine pour objet et pour horizon, un ensemble de relations de pouvoir qui s'appliquent à la vie et au nom de la vie et des modes de subjectivation à travers lesquels les individus définissent leur propre existence ». Dans cette façon de problématiser ensemble politiques du *care* et biopolitiques, Barbra Lucas ouvre une porte pour étudier comment, de façon très localisée, les relations de soin sont toujours déjà définies dans des configurations de *care* programmées par des dispositifs ayant un impact fort quant à la façon dont il est possible ou non de prendre soin d'autrui.

Je cherche donc à saisir la possibilité pour les aides-soignant.e.s de se dégager des marges de manœuvre dans une économie de *care* où leurs actions, bien qu'inscrites dans une relation de soin, se posent avant tout comme un enjeu de pouvoir exercé sur autrui – dont la légitimité peut-être contesté. Telle est la perspective politique des éthiques de *care* que je développerai ici. Est-il possible de trouver, au cœur même de l'étude des relations de soin, du point de vue de celles et ceux qui font le soin, les critères pouvant servir à délimiter les enjeux normatifs légitimes d'une politique de *care* ?

Une première série de questions concerne les actrices et acteurs du soin : sont-ils déjà politisés ou faut-il qu'ils le deviennent ? Si l'on considère toute pratique de *care* comme action politique, doit-on dire que faire une toilette est un acte politique ou est-il nécessaire de déterminer un critère d'effectuation pour parler d'action politique ? La plupart des théoriciennes du *care* ont rejeté un critère moral consistant à distinguer le bon du mauvais *care*. Cependant, demeure problématique la question de la vulnérabilité relationnelle, c'est-à-dire la domination exercée par une personne sur une personne qui dépend totalement d'elle. Nous l'avons vu, la dépendance des personnes âgées est totale. Les critères constitutifs de l'autonomie et du sujet

dépendent de capacités cognitives et physiques fragiles et sur lesquelles le soignant a peu de prise. La recherche tend à proposer la notion d'autonomie relationnelle ou de fiction de l'autonomie pour accorder aux soignant.e.s une part légitime de négociation dans les actes de soin. Dans le contexte de distribution rationnelle et continue des soins de *nursing* en Ehpad, la posture des aides-soignant.e.s comme collectif de *care* est double. Dominées, mal rémunérées, invisibilisées, non reconnues en tant que professionnelles à qui le *nursing* est relégué comme du « sale boulot » ; elles ne semblent pas moins dominantes dans les jeux d'interaction et les modes de communication instaurés avec les personnes âgées dépendant totalement d'elles. Pour des raisons d'exploitation morale du travail des *care* givers subalternes, les éthiciennes du *care* refuse de parler de mauvais *care*. Dans les faits, le couplage des enjeux relationnels du soin et du « sale boulot » crée les conditions morales de l'exploitation du travail des professionnel/le/s les moins reconnu/e/s et les moins rémunéré/e/s. Les relations de soin ainsi institutionnalisées – au travers de grilles éthiques et normatives – renforcent les asymétries relationnelles autant que les inégalités sociales et culturelles. Il faut donc penser l'exigence de sollicitude attribuée aux soignants à partir de l'irréductibilité politique que la question de l'asymétrie relationnelle pose. Certes une éthique du soin se doit de conceptualiser la responsabilité morale des agents de soin. Une réponse simplement morale serait pourtant tout autant surrogatoire qu'inadaptée. Là-dessus, Francesco Paolo Adorno et la plupart des éthiciennes du *care* sont en fait d'accord. C'est sur l'objet d'un passage de l'éthique au politique que le désaccord se fait. Comment puis-je me positionner ?

Dans une visée managériale évidente, les éthiques du soin (mobilisées pour conditionner les aides-soignant.e.s au dévouement) ont pour base la philosophie morale d'Emmanuel Levinas. Cet apport tend à se focaliser sur la mise en lumière des dispositions que les agents devraient posséder pour bien agir – en prétendant que les dispositifs de soins sont parfaitement adaptés² pour donner aux agents les moyens de répondre parfaitement aux besoins des résidents. Ainsi les formations des professionnel.le.s de la santé ne cessent d'insister sur la sollicitude attendue des soignants du fait de la vulnérabilité fondamentale des personnes âgées sans jamais les solliciter sur la façon dont ils/elles conçoivent une organisation égalitaire des tâches et dont la responsabilité pourrait-être collectivement partagée. Ces dispositifs – essentiellement

² Par exemple, les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés – Ces Pôles accueillent des personnes modérément démentes durant la journée

marchands³ – s’imposent comme vitrine d’une organisation du soin adéquat alors même qu’aucune délibération sur ce qu’est un bon soin pour un autrui singulier n’est proposée aux soignant.e.s et familles.

Un écueil majeur consiste donc à formuler – sur le constat du risque permanent de réification de l’autre du fait de sa vulnérabilité – une injonction morale surrogatoire. L’éthique de Levinas dont la scène primitive fait se rencontrer le visage de l’Autre comme absolu nécessité et responsabilité dans une relation extrêmement asymétrique sert de base à l’élaboration d’une éthique de l’accompagnement. Cette éthique va, bien souvent, jusqu’à enjoindre le soignant à se laisser convoquer par sa propre vulnérabilité, sa finitude, afin de communier avec le sujet soigné. Comme le critique le philosophe Michel Malherbe - dans l’essai qu’il consacre à la description de sa relation avec sa femme atteinte de la maladie d’Alzheimer (Malherbe, 2015) - cette « mystique de l’autre », capable de poser un sujet, une personne morale inviolable, là où il ne semble plus y avoir qu’un objet de soin, court-circuite toute recherche philosophique sur les conditions de possibilité de reconnaître autrui à partir d’un engagement de soi-même dans la relation. Ce que Malherbe décrit, cette tentative d’entrer en communication avec cet autre déchu s’avère une tentative courageuse, bien que démythifiée, de penser empiriquement le travail relationnel des soignant.e.s.

Le problème de ce type d’analyse est d’occulter la construction sociale de la vulnérabilité relationnelle des personnes âgées hébergées en EHPAD. La dépendance des personnes âgées, construite autour d’un paradigme naturalisant bio-médical, relève aussi d’une construction sociale du vieillissement comme incapacité. Les politiques d’institutionnalisation de la vieillesse, mises en place à partir des années 1960, ont proposé des dispositifs de prise en charge fortement médicalisés, confinant à l’enfermement et à la privation de liberté. La concentration incapacitaire des personnes âgées dépendantes en EHPAD est la source – selon l’expression de Marie Garrau – d’une « vulnérabilité sociale ou problématique ». L’obligation de prendre soin d’autrui, entraînant une redéfinition morale des sujets en relation et une entrée dans l’ambivalence morale de la vulnérabilité relationnelle, ne peut alors avoir de contour que politique. Puisqu’il faut garantir aux soignants un pouvoir d’agir sur autrui – en tant qu’obligation morale positive de prendre soin d’autrui – que cette obligation, du fait de la dépendance extrême de l’autre s’exerce toujours au risque d’une domination, ou à l’inverse

³ Voir la thèse d’Iris Loffeier qui illustre bien cette question (Loffeier, 2013). J’ai aussi mené une contre-enquête dans un PASA, sur la base d’une recherche effectuée par des psychologues et sociologues tendant à démontrer l’adaptation parfaite du dispositif aux relations égalitaires de soin.

d'une servitude – nous avons besoin de penser le contexte politique, social, organisationnel des conditions de possibilité de la non-domination mais aussi de la définition d'un *care* adéquat.

« D'un point de vue politique, les théories du care nous invitent donc autant à nous concentrer sur la question des modalités institutionnelles permettant de réduire les différentes formes de domination auxquelles sont exposés pourvoyeurs et bénéficiaires de care, qu'à réfléchir aux institutions et aux pratiques sociales susceptibles de répondre adéquatement aux besoins des citoyens et à nous interroger sur les fonctionnements institutionnels, les pratiques et les représentations qui participent à l'occultation de notre vulnérabilité commune, afin de les transformer. » ("Le care est-il soluble dans la non-domination?", in Garrau et Le Goff, 2012)

Il s'agit donc, pour les bienfaits de notre étude de donner à voir comment en politisant – c'est-à-dire en rendant public leur « souffrance éthique » - les donneuses et donneurs de soin redéfinissent les conditions de possibilités de reconnaissance des besoins des sujets soignés comme des besoins que la collectivité doit et peut assumer en proposant un nouveau partage des responsabilités. L'action de faire une toilette ne serait donc pleinement politique que si une lutte pour le respect de conditions de travail dignes s'engage, que si les dispositifs de soin donnent à chaque bénéficiaire la possibilité de s'exprimer sur ses besoins.

Mon hypothèse est que les relations nouées autour de ces pratiques de *nursing* recèlent une normativité à partir de laquelle non seulement critiquer l'institutionnalisation de la dépendance en EHPAD mais, aussi, proposer un « modèle politique » à une « forme du social » particulière (Rozier, 2014). Une partie de mon travail consiste donc à envisager la portée politique des pratiques aides-soignant.e.s prises dans des relations de dépendance, de domination, de pouvoir et d'attention. J'ai mené une recherche empirique dans un service de 40 lits d'un EHPAD de 200 lits de la métropole lilloise. J'ai observé le travail des aides-soignant.e.s en cherchant à comprendre comment s'organisent les résistances collectives dans une tension entre des résistances « infra-politiques » (lutter contre la surcharge de travail et le mépris des supérieur.e.s) et des résistances éthiques (prendre en charge le travail éthique de la « sagesse pratique » tout en s'opposant à la normalisation des enjeux moraux du soin autour des concepts de bienveillance et de maltraitance). En lien, j'ai également étudié en quoi les lieux de délibération contribuent à reléguer le potentiel critique dans un « espace public oppositionnel » (comités de pilotage des programmes d'évaluation, journées de co-design, réunions d'éthique clinique).

Le deuxième volet de cette enquête souhaite faire le lien entre ces micro-résistances et la question de la normativité politique du *care*, comprise dans une tension entre biopolitique et sollicitude (Lucas, 2009 ; Worms, 2012 ; Adorno, 2015). Je conçois la multiplication des grèves de soignant.e.s des EHPAD comme le témoignage de prises de parti contre les accusations de maltraitance et comme la possibilité d'une action commune et fédératrice. Ces luttes pour la reconnaissance transforment-elles la figure des aides-soignant.e.s dans l'espace public extra et intra institutionnel ? De quelle façon proposent-elles une normativité nouvelle et adéquate pour le soin aux personnes âgées ? En quoi cette normativité contient-elle une dimension politique irréductible tant d'une éthique de *care* que d'une philosophie politique existante (« Le *care* est-il soluble dans la non-domination ? » in Garrau et Le Goff, 2012) ?

Pour conclure cette présentation sur la façon dont je souhaite mettre au travail la normativité politique des éthiques de *care*, je soutiens que les débats philosophiques nous engagent à prendre au sérieux et à puiser dans la richesse épistémologique et méthodologique d'un concept encore contesté. L'enjeu n'est pas tant de répéter inlassablement les quelques éléments de jargon qui jalonnent la réception médiatique et managériale des éthiques du *care* que d'inventer – à partir d'autant d'interpellations du terrain que nécessaires – les contours d'une politique de *care*. Pour ma modeste part, je terminerai en proposant quelques jalons qui me seront utiles dans mon travail de thèse.

Il s'agit de défendre un concept de *care* assez riche, qui ne se limite pas à décrire, comme le fait Joan Tronto, par exemple - des pratiques de *care* – à savoir qui fait quoi comment et pourquoi. Comme le soutient Marjolaine Deschênes, une philosophe québécoise que j'ai entendu lors d'un séminaire : « le risque de la définition du *care* de J. Tronto est double – d'une part, opérer une lecture réductrice de l'ouvrage de Gilligan et occulter l'importance accordée aux relations plutôt qu'aux pratiques et, d'autre part, rejeter certaines activités artistiques hors de la sphère du *care*, risquant ainsi d'oublier l'esthétique essentielle à tout maintien existentiel et politique au/du monde ». Pour répondre aux critiques de Francesco Paolo Adorno, une telle conception du *care* ne tirerait sa normativité politique, en aucun cas d'une ontologie de la relation soigné/soignant mais d'une conception philosophique, artistique et politique interrogeant pleinement les possibilités de maintien des sujets en relation avec le monde et entre eux. Penser un Ehpad (pour lutter contre le projet managérial de son éthicisation lévinassienne) comme projet politique, selon cette conception relationnelle du *care*, nous invite à prendre la mesure des sens, émotions et sentiments développés par les résident.e.s dans leurs rapports à la musique ou à leur environnement. La stricte relation morale intersubjective risque d'enfermer

le projet d'une politique de *care* dans des liens d'ambivalence inextricables. La fameuse relation de soin, défendue par Frédéric Worms dans de nombreux textes, qui se distingue du rapport à autrui ou à tout autre objet manque, peut-être, à penser la dimension relationnelle de *care* en dehors de la violation qui en constitue tant le critère moral que le risque constant de vulnérabilisation politique (dans la domination ou la servitude).

Reste deux autres pistes sur lesquels je souhaiterais travailler.

Tout d'abord, l'élaboration d'une doctrine féministe du soin semble prioritaire. En effet, comme le montre Beverly Skeggs dans son enquête sur les femmes populaires en Angleterre, l'enjeu de formation des femmes du *care* – les aides à domicile et aides-soignantes – tient plutôt dans une formation morale au dévouement que dans l'apprentissage de compétences techniques déjà connues des futures salariées. L'appartenance de femmes populaires aux métiers, dits de *care*, est centrée sur un besoin de reconnaissance sociale : pouvoir s'estimer et donner l'impression d'être utile aux autres. Par contre, en tant que féministe, la sociologue se demande pourquoi ces femmes refusent de se dire féministes et d'en faire un enjeu public de reconnaissance. Elle montre que les distanciations de ces femmes avec une catégorie académiquement contestée et politiquement manipulée, constituent un enjeu de redéfinition du féminisme par les femmes du terrain pour permettre l'action.

Le dernier point sur lequel je souhaite m'attarder concerne la démocratisation de l'EHPAD comme organisation sociale particulière. Une expérience d'éthique clinique dans un service de réanimation m'a donné la conviction que la multiplication des lieux de débat et la participation des subalternes à la définition de leurs missions constituaient un projet prometteur. Reste à travailler sur le phénomène de séparation des responsabilités dans le monde du soin. Aux médecins revient la responsabilité de la décision médicale, tandis que les subalternes se débattent constamment avec le « sale boulot » du travail éthique que constitue la « sagesse pratique », pour reprendre un terme de Ricoeur. Dans les faits, la création de lieu de délibération sur les besoins des sujets et la réponse adéquate à leur apporter collectivement (voir le travail de Pascale Molinier sur la question - Molinier, 2013) suppose de se pencher sur ce conflit des responsabilités.

Références

- Adorno, F. P. (2011). La liberté d'être une brebis. *Multitudes*, n° 45(2), 113-120.
Adorno, F. P. (2015). *Faut-il se soucier du care ?* Paris : Editions de l'Olivier.
Dejours, C. (2015). *Le choix: souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Montrouge : Bayard.

- Garrau, M. et Le Goff, A. (2012). *Politiser le care ? : perspectives sociologiques et philosophiques*. Lormont (Gironde), France : le Bord de l'eau.
- Loffeier, I. (2013). *Prise en charge des vieillissements, solidarité sociale et intergénérationnelle. Le cas d'un EHPAD privé comme entité collective* (sociologie). Aix-Marseille Université, Université de Provence.
- Lucas, B. (2009). Politiques du care et gouvernement de la vie. Une typologie des pratiques locales en Suisse. Dans *Congrès de l'Association française de science politique*. Grenoble.
- Malherbe, M. (2015). *Alzheimer : La vie, la mort, la reconnaissance*. Paris : Vrin.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris : La Dispute.
- Rozier, E. (2014). *La clinique de La Borde ou les relations qui soignent outils philosophiques pour comprendre le collectif*. Toulouse : Érès.
- Worms, F. (2012). *Soin et politique*. Paris, France : Presses universitaires de France, impr. 2012.