



État providence

La politique du care, soin mutuel ou État maternant ?

Marc-Olivier Padis

Esprit

Esprit

« La polémique du care, un débat qui mérite mieux que des caricatures ».

L'article n'est pas reproduit dans son intégralité.

N° 366, juillet 2010

212, rue Saint-Martin

75003 Paris

Tél. : 01 48 04 92 90

Fax : 01 48 04 50 53

www.esprit.presse.fr

Marc-Olivier Padis est rédacteur en chef d'Esprit.

Si la notion de care (soin) figure déjà dans les travaux d'Adam Smith et de David Hume, elle est véritablement développée dans les années 1980 aux États-Unis. Remis récemment au goût du jour par Martine Aubry, le *social care* désigne un projet de société qui créerait du lien entre les individus sans opposer les dispositifs publics au soutien familial ou aux solidarités de voisinage. Si le *social care* est en effet un moyen de régler certaines difficultés auxquelles doit aujourd'hui faire face l'État providence, l'auteur se propose d'en identifier le public cible et de voir comment peuvent s'articuler les deux niveaux que constituent les institutions et les individus.

Problèmes économiques

Projet de société ou politique publique

On ne transpose pas sans risque dans le débat politique une notion clinique. *To care*, « prendre soin », s'oppose en effet d'abord, pour le monde médical, à *to cure*, « guérir » : le soin désigne un type de geste médical qui n'implique pas directement un geste curatif mais participe d'une dimension humaine de la relation médicale, qui risque toujours d'être recouverte et dévalorisée par l'intervention technique. La première incertitude de ce débat est l'opérateur du soin : quel est le sujet du verbe ? On a critiqué la perspective d'un « État maternant », dans les suites de la charge talentueuse de Michel Schneider dans son essai *Big Mother* (1), qui stigmatisait l'omniprésence de la proximité, de l'écoute, de l'urgence dans les discours politiques. Cette critique a pourtant fait l'impasse sur la formule utilisée dans sa première présentation par Martine Aubry : « La société du soin mutuel » (2). Le mot le moins commenté, curieusement, était « mutuel », qui renouait discrètement avec une tradition du premier socialisme français. « La société prend soin de vous, mais vous devez aussi prendre soin des autres et de la société », expliquait-elle, insis-

La société prend soin de vous, mais vous devez aussi prendre soin des autres et de la société

tant ainsi sur la réciprocité qui, dans la logique du raisonnement, justifiait le recours à cette notion inattendue dans le discours politique (3). Pourquoi donc un grand nombre de critiques ont-ils d'emblée gommé cette dimension en faisant comme si c'était l'État (qui n'était pas mentionné dans le premier entretien) qui devait materner l'ensemble de la population ? Ce raccourci montre bien à quel point le tropisme étatique a pris le dessus, au sein de la gauche française, sur l'idée de l'auto-organisation

de la société et sur la tradition du mutualisme. Il est vrai que « la dame des 35 heures » a une image très liée à l'intervention verticale de l'État, qui a pu favoriser les malentendus. Elle a en outre infléchi, par la suite, sa présentation, en déclarant par exemple dans un long entretien au *Monde* 2 : « Il ne s'agit pas simplement que chacun prenne soin des autres, cela implique aussi que l'État prenne soin de chacun » (4). Mais

elle garde le balancement en deux temps de la phrase qui insiste sur les contreparties et la réciprocité (« cela implique aussi... ») plutôt que sur la promesse de prestations sans contreparties que le citoyen pourrait exiger de l'État. Mais c'est l'élue locale, la maire de Lille, qui donne de la consistance à cet esprit de l'action publique visant à favoriser les relations entre générations, le soutien familial, les solidarités de voisinage : « Créer du lien, cela

(1) Schneider M. (2002) *Big Mother Psychopathologie de la vie politique*, Paris, Odile Jacob. Voir aussi l'entretien « Désir, sexe et pouvoir », *Esprit*, mai 2002

(2) Martine Aubry, entretien au site Médiapart, 2 avril 2010

(3) « Au-delà de la réforme des retraites, il faut réussir la révolution de l'âge », *Le Monde*, 15 avril 2010

(4) Aubry M. (2010), « Le care, c'est une société d'émancipation », *Le Monde Magazine*, 6 juin.

s'organise » Il ne s'agit donc pas d'opposer, comme dans la critique libérale de l'État providence, les proximités concrètes (la famille, le voisinage) contre les dispositifs publics, mais de montrer comment construire leur complémentarité. Celle-ci en effet ne va pas de soi, elle doit être facilitée, soutenue voire mise en œuvre par des interventions de l'acteur public. Elle passe en particulier par l'action du monde associatif, qui aide les individus à s'organiser, à faire des choix, à bénéficier de leurs droits (en donnant des conseils pratiques et juridiques) et parfois qui effectue lui-même le service (dans le monde rural par exemple, pour porter des repas au domicile des personnes âgées isolées). Rendre visite aux personnes âgées isolées, c'est un acte qui peut aller de soi dans les habitudes familiales ou de bon voisinage mais quand la municipalité encourage les sorties et les rencontres du troisième âge, elle donne plus d'intensité à des échanges qui, dans les conditions de la vie urbaine contemporaine, sont difficiles à construire de manière informelle. C'est ce type de complémentarité entre initiatives de la société et soutien public que la maire de Lille met en avant. Car c'est le plus souvent au niveau des municipalités que le soin de proximité prend consistance, même s'il s'appuie le plus souvent sur le relais du monde associatif.

S'agit-il donc de donner un autre nom à cette valorisation de la « proximité » qui domine un parti qui puise l'essentiel de ses forces dans son ancrage local ? Le « soin » n'est-il qu'une autre façon de désigner une action mutualiste qui ne peut plus reposer seulement sur la vie associative mais compte sur le soutien municipal pour perdurer ? Est-ce un habillage lexical de pratiques anciennes qui méritent d'être revalorisées ou l'introduction de ce terme nouveau correspond-elle vraiment à quelque chose d'inédit ?

Discours sur les valeurs ou projet ciblé sur des situations réelles ?

Parler d'une « société du soin », n'est-ce pas laisser entendre que toute la population est en attente de prise en charge, de réassurance psychologique, et préparer, en lançant une promesse par nature impossible à tenir, une « bombe à retardement de la déception » pour ceux qui prendraient une telle promesse à la lettre ? Après la question de l'acteur (qui « prend soin » ? L'État, la municipalité, tout un chacun ?) se pose donc la question du destinataire ou du public qui a donc besoin de prise en charge ? Pour certains critiques, personne, tout simplement ! « L'individu n'est ni malade ni en demande de soins [] Il demande de pouvoir agir en toute liberté car partout il est empêché », affirme ainsi Manuel Valls dans une tribune (5)

(5) Valls M (2010), « Il faut sortir de la crise de confiance, mais pas à n'importe quel prix », *Le Monde*, 15 mai

Peut-être, si l'on parle de l'individu titulaire de droits tel que nous le décrit la théorie économique il ne demande qu'à déployer sa liberté, le rôle de la puissance publique étant alors d'écartier les obstacles sur son passage. Notre système social est fondé, pour une large part, sur cette représentation de l'homme agissant auquel il est légitime, par un système de solidarité qui s'appuie sur les mécanismes de l'assurance, de fournir un revenu quand il est momentanément empêché de gagner son salaire à la sueur de son front quand il subit une maladie, un accident du travail, une période de chômage ou quand il est trop vieux. Tel est le compromis sur lequel les caisses de retraite, de chômage, d'indemnisation des accidents du travail et de maladie ont été construites, en rupture explicite avec un modèle d'assistance ou de charité. Comme cela est, semble-t-il, trop facilement oublié, ce système a été conçu pour un profil de salarié (actif masculin qui fait vivre son foyer, aussi connu sous le surnom de M. Gagnepain) adapté à l'économie industrielle d'Après-guerre.

C'est pourquoi il ne dit rien des maux qui rongent la société salariale depuis que nous sommes entrés dans le nouveau monde industriel globalisé : rien du chômage de longue durée, des préretraites comme système collectif d'exclusion des seniors, des barrages à l'entrée du travail pour les jeunes actifs, des discriminations en fonction de l'origine, de l'apparence, de la religion supposée, du sexe. Notre système social a progressivement associé à sa fonction assurantielle construite pour les salariés une fonction de solidarité pour

d'autres publics et a pris en charge des situations relevant de l'exclusion (d'où l'intensité des débats récurrents sur le revenu minimum d'insertion – RMI, devenu revenu de solidarité active – RSA, ou sur la couverture maladie universelle – CMU, qui ne dépendent pas d'une cotisation préalable et de droits accumulés en tant que salariés, mais relèvent de la logique du filet de secours minimal garanti à tout citoyen de plus de 25 ans). Le système de protection s'est ainsi hybridé, tout en restant fondé, du point de vue du financement, sur son dispositif originel (cotisations salariales, même si la part d'impôts est croissante, notamment avec la contribution sociale généralisée – CSG, d'où les décalages, toujours plus tendus, entre les ressources et les dépenses).

Surtout, le modèle de M. Gagnepain ne dit tout simplement rien sur tout ce qui n'entre pas dans ce schéma de l'acteur autonome et présumé autosuffisant. Or, le « soin » attire précisément l'attention sur un type de prise en charge correspondant à des situations d'une tout autre configuration puisqu'elle concerne des personnes en situation de dépendance. Plus précisément, le « soin » concerne concrètement une série de publics spécifiques : la petite enfance, le handicap, les maladies de longue durée, la dépendance du grand âge. Autant de sujets dont, visiblement, on n'aime guère parler et pour lesquels il ne suffit pas d'invoquer la nécessité « d'exercer pleinement ses

Ce système a été conçu pour un profil de salarié adapté à l'économie industrielle d'Après-guerre

Repère

Entraide familiale et solidarités intergénérationnelles

À l'heure où l'on parle de *Big Society* au Royaume-Uni et de politique du *care* en France (voir articles pages 3 et 6), le rôle de la sphère privée – en particulier celui de la solidarité familiale ou intergénérationnelle – dans la protection sociale des individus devient de plus en plus important. Cette solidarité familiale s'exerce par l'intermédiaire de l'aide, du soutien, de l'entraide, des échanges, des dons et de la sociabilité.

Quel partage entre les solidarités publiques et familiales ?

Les difficultés croissantes auxquelles doit faire face l'État providence ainsi que l'évolution des structures familiales, du marché de l'emploi, des services publics et du secteur social ont conduit, concernant la protection sociale, à un nouveau partage des responsabilités et des ressources.

Les familles n'étant pas « naturellement » protectrices, les pouvoirs publics pourraient avoir tendance à surestimer les capacités réelles de ces dernières à assumer la protection sociale des individus. Aussi est-il fondamental de s'interroger sur les spécificités des familles (ou communautés d'intérêt) par rapport aux ressources publiques.

Six caractéristiques sont généralement attribuées à la protection familiale :

- la gratuité (ce qui peut créer le sentiment d'avoir une dette vis-à-vis de celui qui protège) ;
- la réciprocité ;
- la polyvalence (multitude de soutiens non spécialisés) ;
- la plasticité (adaptation, personnalisation de l'aide) ;
- la souplesse (absence de contexte bureaucratique) ;
- l'accessibilité (lien direct entre celui qui protège et celui qui bénéficie d'une protection).

Typologie et caractéristiques de l'entraide intergénérationnelle

Vern L. Bengtson (1), sociologue américain, a élaboré un cadre conceptuel regroupant les composantes essentielles des solidarités intergénérationnelles (voir tableau 1). Puis à partir des résultats de l'enquête qu'il a menée aux États-Unis, il a établi une typologie des relations intergénérationnelles (voir tableau 2).

(1) Bengtson V.L., Roberts R.E.L. (1991), « Intergenerational Solidarity in Aging Families : An Example of Formal Theory Construction », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 53, n° 4 ; Bengtson V.L. (2001), « Beyond the Nuclear Family : The Increasing Importance of Multigenerational Bonds », *Journal of Marriage and Family*, vol. 63, n° 1.

Tableau 1

COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOLIDARITÉS INTERGÉNÉRATIONNELLES

Composante	Définition	Indicateurs empiriques
Associative	Les activités réalisées en commun selon leur fréquence et les modes d'interaction entre les membres de la famille.	Fréquence d'interactions intergénérationnelles (en personne, au téléphone, etc.) ; types d'activités partagées (loisirs, fêtes, etc.)
Affective	Sentiments positifs partagés par les membres de la famille (type et degré) et réciprocité de ces sentiments.	Estimation de l'affection, de l'intimité, de la confiance, du respect, etc. ; taux de réciprocité des sentiments positifs perçus par les membres de la famille.
Consensuelle	Degré d'entente à propos des valeurs, des attitudes et des croyances entre les membres de la famille.	Estimation du degré d'accord entre les membres de la famille ; perception des similitudes avec les autres membres de la famille.
Fonctionnelle	Niveau d'assistance et d'échange de services.	Fréquence des échanges d'aide intergénérationnels (aide financière, physique ou émotionnelle) ; taux de réciprocité dans l'échange intergénérationnel.
Normative (familialisme)	Force de l'engagement à remplir les rôles et les obligations dans la famille.	Estimation de l'importance des rôles familiaux et intergénérationnels ; estimation de la force des obligations filiales.
Structurelle	Possibilité de relations intergénérationnelles en fonction du nombre de membres dans la famille et de la proximité géographique.	Proximité résidentielle, nombre de membres, santé des membres de la famille.

Repère

Entraide familiale et solidarités intergénérationnelles (suite et fin)

Tableau 2

LA TYPOLOGIE DE BENGTSOON DES RELATIONS INTERGÉNÉRATIONNELLES AUX ÉTATS-UNIS (1)

1. Les « relations étroites » – 25 % des familles manifestent un haut niveau de solidarité quel que soit l'indicateur. L'investissement émotionnel est élevé et les pratiques de solidarité nombreuses.
2. Les « relations détachées » – 17 % des familles ont un niveau de solidarité faible quel que soit l'indicateur.
3. Les « relations conviviales » – 25 % des familles se caractérisent par un fort investissement émotionnel mais peu de pratiques d'entraide.
4. Les « relations intimes, mais distantes » – 17 % des familles se caractérisent par un fort investissement émotionnel mais aucune pratique d'entraide. Il n'y a pas d'entraide parce que celle-ci n'est pas nécessaire, mais elle pourra se mobiliser en cas de besoin.
5. Les « relations contraintes » – 16 % des familles développent des pratiques d'entraide mais connaissent un faible investissement émotionnel. Les membres du réseau familial sont souvent proches géographiquement, se fréquentent beaucoup, s'entraident un peu mais ne se sentent pas beaucoup d'affinité.

Aucun des types de fonctionnement familial n'est dominant. Entre les familles qui sont solidaires dans les six dimensions retenues et celles qui ne le sont dans aucune, il existe plusieurs types de fonctionnement familial. Les trois derniers types de familles ne sont pas plus ou moins solidaires, ils le sont différemment.

(1) Cette enquête a suivi, de 1971 à 2001, une cohorte de familles californiennes composées de trois générations : les grands-parents (qui ont la soixantaine au début de l'enquête), les enfants (qui ont alors la quarantaine) et les petits-enfants (alors âgés de 16 à 26 ans). Une quatrième génération s'est ajoutée au fur et à mesure de la collecte.

Source : D'après Van Pevénage I. (2010), « La recherche sur les solidarités familiales : quelques repères », *Idées*, n° 162, décembre.

■ La rédaction

libertés et ses responsabilités » ! La fiction de l'acteur autonome a ses propres angles morts, notamment parce qu'elle impose de garder invisibles (6) tous ceux qui n'entrent pas dans cette épure du citoyen présumé indépendant qui n'a pas à exciper d'une situation sociale particulière pour demander quoi que ce soit de plus à la collectivité ! Pourtant, les maladies de longue durée, la sénilité, les pathologies incurables et la dépendance du grand âge accompagnent le vieillissement de la population. Comment va-t-on y répondre ? Par ailleurs, le travail familial et professionnel lié au soin est très inégalement distribué : il est accompli à une écrasante majorité par des femmes et des personnes non diplômées. C'est en outre un travail pénible : on sait que le stress chronique touchant les personnes s'occupant d'une personne de leur entourage atteinte par une maladie d'Alzheimer induit un vieillissement accéléré qui pourrait leur fait perdre entre quatre à huit années d'espérance de vie par rapport à celles qui ne vivent pas cette épreuve (7). « Travailler en milieu de soin, c'est être exposé par son métier à rencontrer quotidiennement la douleur et la détresse d'autrui » (8). Ce type de situation de travail ne mérite-t-il pas une réflexion spécifique ? Comment les soignants apprennent-ils à supporter cette exposition à la souffrance ? Doivent-ils s'immuniser ? Peuvent-ils rester réceptifs tout en étant de bons professionnels ? Autant de questions nouvelles pour un type de prise en charge qui ne fonctionne plus par des prestations impersonnelles et standardisées appliquées à une population tout entière active sur un marché du travail fluide et transparent.

Le travail familial et professionnel lié au soin est très inégalement distribué : il est accompli à une écrasante majorité par des femmes et des personnes non diplômées

Martine Aubry n'a pas visé explicitement ces quatre situations de dépendance (petite enfance, handicap, maladies de longue durée, dépendance du grand âge) pour lancer son idée, comme si elle craignait de désigner des publics délimités et elle présente peut-être des formules désignant une réciprocité de tous envers tous pour gommer le ciblage, potentiellement stigmatisant, de l'action sociale. La manière dont le débat a été lancé désépécifie donc au maximum le soin mais il oscille de ce fait entre l'opération de communication, où les formules valent comme « éléments de langage », et une évocation sans doute trop large du « projet de société ». En témoigne la multiplication des

(6) Blanc (le) G (2009), *L'Invisible sociale*, Paris, PUF

(7) Damjanovic A, Yang Y, Glaser R, Kiecolt-Glaser J, Nguyen H, Laskowski B, Zou Y, Beversdorf D et Weng N-P (2007), « Accelerated Telomere Erosion, Is Associated with a Declining Immune Function of Caregivers of Alzheimer's Disease Patients », *Journal of Immunology*, septembre

(8) Fagot-Largeault A (2010), « Sur la compassion », dans *Médecine et philosophie*, Paris, PUF

expressions utilisées comme autant d'équivalents « société de l'attention aux autres », « société du respect », « société du vivre-ensemble », « société décente », « économie du bien-être ». Cette série de termes tire le débat vers une confrontation de valeurs. C'est d'ailleurs explicitement sur le terrain des valeurs que Martine Aubry pense devoir placer la controverse politique dans la perspective de la présidentielle de 2012 ()

Surmonter la crise de l'État providence

Le débat porte bien sur les impasses de l'État providence. D'un côté, peut-il prendre en charge des situations inédites pour lesquelles nos mécanismes de protection et de financement ne sont pas adaptés ? De l'autre, comment répondre au risque de la passivité des citoyens, habitués à revendiquer une prestation, au risque de se laisser enfermer dans l'assistance, sans se demander quelles sont les contreparties que la société est en droit d'exiger d'eux ?

On ne sait pas encore comment financer la dépendance du grand âge demain ()

Sur les 3 millions de personnes âgées de plus de 80 ans en 2008, 11 % sont dépendantes. Combien, demain, sur les 5,8 millions de plus de 80 ans que dénombrera la France en 2035 ? Aucune étude médicale ne peut s'avancer à le dire. Mais on compte aujourd'hui 870 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France et on estime qu'elles pourraient être 2,1 millions en 2040 (9). Quelle est la bonne prise en charge ? Parler de « cinquième risque », c'est supposer qu'on peut le traiter selon les mêmes modalités que les quatre autres (accident du travail, maladie, chômage, vieillesse) : financement sur la base de cotisations patronales et salariales, gestion par les partenaires sociaux, prestation par une « caisse » publique. Mais peut-on unifier le principe d'ouverture du droit à l'indemnisation ? Au-delà du besoin de financement, et de la nécessité de répondre à des situations individuelles difficiles, le débat devrait porter sur la philosophie sociale inspirant la solidarité. Or, le principe qui unifie le système actuel consiste à couvrir une « perte de revenu », que celle-ci soit due à un accident, à une maladie ou au chômage. C'est ce qui explique qu'on associe la retraite, qui n'est pas à proprement parler un « risque », aux trois autres, pour rester dans une logique d'ensemble. Avec la dépendance, la logique ne peut rester la même. Peut-on même parler de risque ? Il ne s'agit pas d'une situation temporaire ni réversible, elle ne concerne pas une population dans l'emploi et il n'y a pas de raison de l'appuyer sur le monde du travail, même si ce n'est pas impossible comme le montre le cas allemand (10). Mais quelle est

(9) Chiffres tirés de l'article de Dorval C (2010) « La dépendance le nouvel enjeu » dans *Generations* hors série d'Alternatives économiques n° 85 3^e trimestre

(10) En mai 2008 l'Allemagne a créé une assurance dépendance calquée sur le modèle de l'assurance maladie pour les personnes dépendantes quel que soit leur âge

la justification collective de ce nouveau droit ? Les partisans du « cinquième risque » font valoir l'idée que c'est la « perte d'autonomie » qui peut justifier les nouvelles prises en charge. Dans ce cas, il serait logique de considérer toutes les situations de dépendance ensemble : petite enfance, handicap, invalidité du grand âge. Mais on pressent les limites de cette assimilation sous un même paradigme, surtout en ce qui concerne l'enfance où l'autonomie est en cours d'acquisition. L'intérêt d'associer handicap et dépendance serait de supprimer la référence à l'âge, qui ne permet plus bien de caractériser les situations individuelles aujourd'hui. Mais l'alignement des prestations de la dépendance sur celles du handicap serait très coûteux, ce qui fait reculer les pouvoirs publics (11). Enfin, la « compensation de l'autonomie » reste un objectif social dont la formulation est complexe, car il repose sur un concept qui n'est pas univoque (l'autonomie est-elle une capacité sociale reconnue, un objectif de développement de soi, un idéal moral ?) et qui apparaît difficile à objectiver (on peut constater, d'un point de vue clinique, des niveaux de dépendance tout en cherchant à maintenir l'idéal moral de l'autonomie des personnes qui fondent, dans notre éthique médicale, la dignité inaliénable de chacun).

Sur les 3 millions
de personnes âgées de
plus de 80 ans en 2008,
11 % sont dépendantes

Un nouveau type de prise en charge ?

L'utilité du care provient de ce qu'il renvoie à un modèle d'accompagnement qui met en avant des relations et non des prestations. On sent, dans la manière de valoriser la mutualité, le désir de répondre aux critiques adressées à l'État providence : il favoriserait la revendication égoïste, la passivité, l'assistance (12) et armerait chez tout assureur une revendication infinie de prestations. Il plongerait l'individu dans l'illusion de son autonomie, alors même que celle-ci n'est rendue possible que par un effort collectif le plus souvent occulté. Il aurait même détruit les solidarités de proximité, au point que les familles laisseraient leurs aînés à la première canicule venue, par indifférence ou désapprentissage des gestes élémentaires de la sollicitude. Tout cela relève de la critique abstraite de l'État providence car l'observation des solidarités pratiquées montre qu'il n'y a pas d'opposition entre aide publique et maintien des solidarités privées. Au contraire, les deux se renforcent (13) : les pays où l'aide publique est la plus importante envers les familles sont aussi ceux où l'on observe une plus grande implication des proches

(11) Elbaum M (2008) « Les réformes en matière de handicap et de dépendance : peut-on parler de cinquième risque ? » *Droit social* novembre

(12) Kosciusko Morizet N (2010) « Care ou le triomphe des bons sentiments » *Le Monde* 14 mai

(13) Voir notamment Attias Donfut C et Ogg J (2009) « Evolution des transferts intergénérationnels vers un modèle européen ? » *Retraite et société* n° 58
Bonvalet C et Ogg J (2004) *La Parenté comme lieu des solidarités. L'état des enquêtes sur l'entraide en Europe* rapport pour la Cnaf/Mire mai

auprès des personnes âgées dépendantes (14) Et une amélioration de l'aide publique favorise le développement de l'aide familiale. En revanche, un retrait de l'aide publique n'incite aucunement une plus grande implication familiale bref, les grandes tirades sur l'égoïsme contemporain n'ont pas grand sens. En matière d'aide de proximité, la solidarité publique contribue au maintien et même à un renforcement des liens entre proches. Les écarts entre les pays européens montre cependant que cela ne se fait pas à n'importe quelle condition, c'est pourquoi il faut voir comment des dispositifs publics peuvent favoriser la solidarité privée, dans des conditions de besoins croissants et de nouvelles difficultés, sans enfermer les individus dans l'assistance et sans aggraver les inégalités

Cela n'est-il pas illusoire, dès lors qu'on se donne une vision de l'individu comme défaillant ? L'accent mis sur les situations de détresse et de dépendance ne conduit-il pas fatalement à enfermer l'individu dans la passivité ? Tout cela ne s'inscrit-il pas, au final, dans ce registre très français de la « souffrance sociale » qui entretient un mythe du délitement du lien social (15) ? Si la protection à l'égard des risques ne suffit plus, mieux vaut mettre en valeur la capacité d'agir des individus et leur pouvoir de faire des choix personnels. Il faut répondre aux angles morts de l'État providence et aux carences du « social de compensation » en remettant les individus en mouvement (16). Parler des capacités, c'est s'assurer que la redistribution ne s'arrête pas à l'opération d'une répartition des biens rares aussi juste que possible mais qu'elle tient compte de la manière dont chaque individu peut exercer de manière effective les droits qui lui sont en principe reconnus, comment il peut exprimer sa liberté dans des choix de vie. Finalement, pour rester dans le vocabulaire anglo-saxon, ce débat reviendrait à opposer *care* et *capabilities*, selon l'expression mise en avant par Amartya Sen (17)

Mais faut-il opposer ces deux notions ? Le « soin » n'attire pas seulement l'attention sur les nouvelles dépendances qui se développent. Il suggère aussi un type de relation qui dépasse la prestation telle qu'elle pouvait être conçue dans l'État providence. « Prendre soin », si l'expression a un sens, c'est en effet plus que fournir un service. C'est une manière de mettre l'accent sur la relation entre des personnes au sein même de la prise en charge, notamment professionnelle. Elle invite à considérer la personne dépendante comme partie prenante de la relation de

soin et non comme objet d'une intervention sanitaire et sociale. Il s'agit donc bien de mettre en valeur la « capacité » de la personne dépendante, au-delà de la relation nécessairement asymétrique (18). Telle est en effet la meilleure manière de préserver la dignité de personnes qui ne répondent plus aux critères habituels de l'autonomie physique et psychique. Cela semble évident pour la petite enfance, où l'on cherche à valoriser l'autonomie d'action dès le plus jeune âge. Cela n'a cependant pas toujours été le cas (cette prise en compte date même de moins d'un demi-siècle). Des progrès, lents et limités, ont été faits pour le handicap (19). Une révolution analogue nous attend pour le grand âge : maintenir une relation de réciprocité entre adultes en situation asymétrique, continuer à respecter l'autonomie d'agir des personnes âgées, au-delà de leurs pathologies et de leurs dépendances.

Mais la gauche est-elle capable d'intégrer ces questions à sa vision de l'émancipation ?

Dépolitisation ou projet mobilisateur ?

Peut-on voir dans le « soin » un projet politique ? Ironiquement, c'est un discours qui peut sembler très proche de la rhétorique compassionnelle de Nicolas Sarkozy (20) qui met, pour sa part, l'accent sur la revendication des victimes. Les pouvoirs publics, dans cette conception, sont fondés à agir, en contournant, au besoin, les règles habituelles du droit (comme c'est le cas, par exemple, avec la rétention de sûreté (21)), parce qu'ils doivent répondre à une demande, considérée comme toujours indiscutable, d'une « victime », selon une logique de l'émotion, de l'urgence, adaptée aux médias. Le rapprochement pourtant n'est qu'approximatif car le soin concerne des situations très ordinaires, peu spectaculaires et qui n'appellent pas d'interventions exceptionnelles.

Bien que le sujet du soin semble mettre en avant la souffrance individuelle, il marque moins un changement de la relation de l'individu à l'État qu'il ne désigne la confusion actuelle des niveaux de l'action publique dans les domaines sanitaire, social et médico-social. On y voit clairement l'enchevêtrement des responsabilités et des niveaux d'action qui rendent illisible l'action publique. Quelle est la forme de solidarité adaptée aux nouvelles

La solidarité publique contribue au maintien et même à un renforcement des liens entre proches

(14) Esping-Andersen G (2001) « Quel État-providence pour le XXI^e siècle ? Convergences et divergences des pays européens » *Esprit*, février et avec Palier B (2008) *Trois leçons sur l'État-providence*, Paris. La République des idées/Le Seuil

(15) Ehrenberg A (2010), *La Société du malaise*, Paris, Odile Jacob. Voir son entretien avec Donzelot J dans *Esprit*, n° 366, juillet, p. 7 à 21 et, dans « Coup de sonde », p. 221 à 227, le compte rendu de Blanc (le) G

(16) Donzelot J (2008), « Le social de compétition », *Esprit*, novembre

(17) Sen A (2010), *L'idée de justice*. Paris, Flammarion. Voir aussi sur l'homme capable Ricœur P (2010) *Parcours de la reconnaissance*. Paris, Stock

(18) Voir Pirard V (2006), « Qu'est-ce qu'un soin ? » *Esprit*, janvier

(19) Stiken H-J (2009) *Les Métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours. Soi-même, avec le autres*, Grenoble, PUG. Voir aussi Peyroulou J-P (2010), « École et handicap. De l'intégration à l'inclusion scolaire » *Esprit*, février

(20) Voir Revault d'Allonnes M (2007), « Le zèle compassionnel de Nicolas Sarkozy », *Esprit* novembre

(21) Voir Delmas-Marty M (2010) « Détruire la démocratie au motif de la défendre » *Esprit* mars-avril et *id.*, *Libertés et sûreté dans un monde dangereux*, Paris, Le Seuil 2010

dépendances ? Elle ne peut plus opposer aide publique et aide privée, professionnels et familles, spécialistes et généralistes, structures collectives et structures individuelles... Comme on l'a vu à propos de l'implication des proches dans l'aide apportée à une personne dépendante, elle est plus efficace en cas de complémentarité de la mobilisation privée et de l'aide publique. L'enchevêtrement d'initiatives et de dispositifs devient cependant presque indéchiffrable. La « solidarité réciproque de proximité (22) » implique ainsi auprès des particuliers des initiatives bénévoles, un monde associatif informel ou structuré, des travailleurs indépendants dans les emplois de services, des agents municipaux... Du point de vue du financement, par exemple, la solidarité fait jouer actuellement à la fois les prestations nationales (par l'assurance maladie et l'assurance vieillesse, les aides au logement...), le département (censé coordonner l'action en gérontologie), les communes (pour l'action sociale de proximité), une allocation spécifique (l'allocation personnalisée d'autonomie APA, avec une caisse dédiée, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA), des incitations à l'emploi par des exonérations fiscales, les arbitrages familiaux sur les héritages, les aides en nature entre proches, le bénévolat, le marché des assurances... Peut-on introduire un principe organisateur dans ce maquis ? Veut-on, comme en Allemagne, le calquer sur la couverture sociale liée à l'emploi en parlant de « cinquième risque » ? Veut-on, dans une logique de décentralisation, confier un rôle de chef de file aux conseils généraux en créant une sorte de « département providence » ? Plus généralement, peut-on attendre du « soin » qu'il permette de dégager une logique d'action collective donnant un sens

Quelle est la forme de solidarité adaptée aux nouvelles dépendances ?

général à des initiatives fragiles, morcelées et sous-financées, à cheval sur le public et le privé, au croisement des incertitudes territoriales sur les responsabilités des communes et des départements ? Le bras de fer actuel qui oppose le gouvernement aux départements confrontés aux transferts de charges non compensés par l'État, et qui, précisément, porte notamment sur l'allocation personnalisée d'autonomie (191 millions d'euros) et la prestation de compensation du handicap (21,6 millions d'euros), fait douter de la possibilité de faire du département l'acteur central des politiques sociales autour de la dépendance (le premier poste de l'action sociale départementale est l'aide sociale à l'enfance, qui pourrait s'intégrer à ce même paradigme). L'aspect composite de la prise en charge de la dépendance risque donc plutôt de s'aggraver avec la volonté du

gouvernement de trouver des sources de financement du côté des assurances privées et des patrimoines familiaux (avec la piste du recours sur succession qui permet à l'État de récupérer après le décès d'une personne dépendante une partie des sommes engagées pour financer sa prise en charge).

Le débat lancé par Martine Aubry sur « la société du soin mutuel » touche à de nombreuses incertitudes de notre modèle social. Il pointe sans doute, à propos des difficultés de l'État providence dans le monde post-industriel, davantage de contradictions qu'il n'apporte de solutions. Peut-il donner un fil directeur à des politiques sociales en manque de repères ? Il ne dit rien, à l'heure actuelle, sur la bonne organisation collective permettant de coordonner au mieux les interventions publiques et privées de proximité dans le secteur sanitaire et social. Mais il a le mérite d'attirer l'attention sur les nouvelles dépendances et, par conséquent, sur les défis sociaux qu'elles entraînent, c'est pourquoi on ne peut y voir simplement un « loupé de communication » ou un affichage de « bons sentiments ». ●

(22) Je reprends cette expression de Jean Gadrey (2010), « Portées et limites du care », sur son blog d'Alternatives économiques, 18 mai