



**HAL**  
open science

## Regard socioclinique sur le Care

Rose-Myrliè Joseph

► **To cite this version:**

| Rose-Myrliè Joseph. Regard socioclinique sur le Care. 2018. hal-04298986

**HAL Id: hal-04298986**

**<https://hal.parisnanterre.fr/hal-04298986v1>**

Preprint submitted on 21 Nov 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Regard socioclinique sur le *Care*<sup>1</sup>

**Rose-Myrliè Joseph**, docteure en études genre et en sociologie, membre du Groupe de Recherche et d'Étude des Pratiques (GREP - RISC), ATER à l'Université Paris 7, membre du Laboratoire de changement social et politique.

D'étymologie anglaise, le terme *care* qui signifie soin est d'abord considéré comme une émotion qui porte à se soucier des autres. On lui associe des termes équivalents comme sollicitude, abnégation, attention aux autres, affection, dévouement, réciprocité, responsabilité. Il désigne à la fois un sentiment et un travail fait d'une relationnel où s'articulent différents rapports sociaux actualisés dans le cadre de la mondialisation néolibérale.

### **Care, une attitude particulière**

Ce souci des autres a été analysé particulièrement chez les femmes par Carol Gilligan (1982) qui, dans une démarche critique des recherches psychologiques androcentrées, se focalise sur l'éthique du *care* invisibilisée notamment par Kohlberg sensible uniquement à une éthique de la justice. La description de cette éthique présente chez les filles questionnées par l'auteure a fait l'objet de différents types d'interprétation. Patricia Paperman et Sandra Laugier critiquent certaines idées naturalistes/différentialistes rapportant le *care* à une certaine nature féminine. D'autres, à la lumière de ce que démontrent certainEs auteurEs comme Elena Gianini Belotti, voient dans la description de Gilligan la conséquence d'une construction sociale, d'un conditionnement sexiste commencé avant même la naissance.

Le *care* est placé au cœur de certaines démarches/postures voulant se fonder sur cette valeur d'attention aux autres. On peut ainsi fonder une psychothérapie sur le *care* plus que la cure, comme l'a analysé Claude Coquelle au Groupe de Recherche et d'Études des Pratiques (GREP-RISC). Marc Bessin essaie de le défendre comme une posture de recherche, une démarche qui croise la sociologie clinique notamment au niveau de la relation de recherche. En cela, le *care*, en plus d'être une attitude, devient une manière de faire, une posture. Le *care* est aussi un travail en soi comme l'a analysé Nancy Folbre. C'est le travail de *care* (*care work, emotional work*) qui s'inscrit dans une certaine économie des soins (*care economics*).

### **Le Care, un travail**

Le *care* rassemble alors l'ensemble des métiers du soin, de prise en charge des personnes (enfants, personnes, malades, handicapées, âgées). Avec ce travail, l'émotionnel et le relationnel qui restent des aspects invisibilisés dans certaines analyses sociologiques, s'imposent jusqu'à être parfois surévalués comme le critiquent Pascale Molinier ou encore Nasima Moujoud et Jules Falquet qui rappellent l'importance des aspects matériels de ce travail (le « sale boulot », le surinvestissement temporel, la faible rémunération, entre autres). Marianne Modak appelle également à ne pas réduire au terme de *care* tout le travail effectué pour le bien-être des personnes, ce qui porte certainEs

---

1 Rédigé en 2017, ce texte a été soumis pour publication en 2018.

auteurEs à lui préférer le terme plus large de travail/service domestique<sup>2</sup>. La posture clinique, en invitant à analyser à la fois les aspects matériels, émotionnels et relationnels du travail, reste une alternative face à l'invisibilisation du *care* et de l'émotionnel ou sa survisibilisation. Ces deux aspects doivent en plus être considérés à la fois pour les personnes qui soignent et celles qui sont soignées.

### L'intersubjectivité au travail

Plusieurs auteures comme Glenn proposent de considérer l'investissement émotionnel des professionnels du *care*. Colette Guillaumin, dans sa critique matérialiste de l'appropriation des femmes, critiquait déjà l'investissement de leur individualité dans le soin des membres de leur famille. Tout cela marque aussi la relation de travail, notamment la relation de soin. Dominique Lhuillier, dans son analyse de la clinique du travail, rappelle que la particularité du travail de soin réside dans le fait qu'il met les personnes soignantes face à un « objet personne ». Les personnes soignées exigent ainsi une attention particulière qui, selon Christophe Niewiadomski, fait passer d'une simple « prise en charge » à une « prise en compte » des personnes. L'étude de l'émotionnel dans le *care* permet de préciser que dans ce travail la relation de soin se construit ainsi dans une intersubjectivité, ce qui rappelle l'importance de l'aspect relationnel du travail.

Dans le *care*, il faut distinguer cette relation de soin de la relation de service lorsque qu'en plus intervient une personne tierce porteuse de la demande et du contrat de soin. C'est le cas d'une mère dans le contexte de la prise en charge de son enfant. Dans le *care*, la relation a aussi la particularité d'être souvent plus exigeante qu'une relation de service où la demande concerne un objet (un ordinateur, une voiture,...). Le *care* est aussi fait d'une *relation horizontale* (entre personnes soignantes), rare dans le service aux particuliers où l'absence de collectif de travail représente l'une des grandes contraintes, mais décisif dans le milieu institutionnel. En outre, il faut visibiliser dans le *care* la relation hiérarchique, *relation verticale féminisée* (Joseph, 2015) qui met souvent en présence deux femmes. De même que le service domestique en général analysé à ce niveau par Judith Rollins, le *care* se passe entre femmes. Cela croise deux aspects de la division sexuelle du travail<sup>3</sup> : la suresponsabilisation des femmes dans le travail domestique et, corollairement, la féminisation des métiers du *care*. D'où l'intérêt de regarder les rapports sociaux qui traversent ce travail.

### Le Care et les rapports sociaux

Le travail de *care* est d'abord marqué par les rapports sociaux de sexe (le genre) qui détermine la relation verticale féminisée ainsi que la relation de service, la relation horizontale par la féminisation du métier, et même la relation de soin quand on considère la prise en charge des

---

2 Ici, le travail domestique renvoie à tout le travail gratuit des femmes au service de leur famille analysé notamment par Christine Delphy, tandis que le service domestique rassemble plutôt le travail domestique payé dans une autre famille tel que l'a analysé Geneviève Fraisse, ou dans un milieu institutionnel étudié notamment par Evelyne Nakano Glenn. Néanmoins, le *care* recouvre aussi les activités situées à la frontière/dans le prolongement du domestique, comme le travail des infirmières. D'où l'importance de tenir compte de la diversité des métiers du *care*, des statuts et appartenances sociales des personnes qui les pratiquent. En plus, le terme travail/service domestique ne doit pas faire oublier la particularité du *care* face au reste des activités domestiques comme le nettoyage appelé *clean* notamment par François-Xavier Devetter.

3 Selon Danièle Kergoat, la division sexuelle du travail différencie et hiérarchise le travail entre hommes et femmes tout en gardant aux hommes les secteurs à forte valeur ajoutée comme le politique, le militaire et le religieux.

personnes âgées<sup>4</sup>. Il est aussi déterminé par la classe, puisque ces métiers dévalorisés socialement sont exercés prioritairement par les moins aisés. Il est aussi traversé par la race, ce qui reprend la configuration historique du service domestique issus de la colonisation et de l'esclavage tel que l'analysent bell hooks, Judith Rollins, Hazel Carby, entre autres. Les rapports Nord/Sud déterminent aussi le *care*, avec le confinement des migrantes du Sud dans la prise en charge des personnes du/au Nord. Et par l'articulation de ces différents rapports sociaux, les femmes migrantes pauvres et racisées du Sud deviennent travailleuses de *care* au Nord. Ces rapports sociaux déterminent la relation de travail ainsi que les émotions investies dans le *care*. S'il reste fondamental de considérer l'émotionnel et le relationnel dans le *care* - et plus largement dans tout travail comme le montre la clinique du travail - il faut éviter d'occulter les rapports sociaux. Il importe en plus de regarder leur actualisation dans le cadre de la mondialisation néolibérale.

### **Mondialisation et crise du *care***

La mondialisation est marquée par plusieurs phénomènes. Il s'agit d'abord du retrait de l'État de la prise en charge de la reproduction sociale<sup>5</sup>, avec par exemple la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) critiquée par Vincent de Gaulejac, qui marque les services de santé notamment. Ces mesures suresponsabilisent les familles<sup>6</sup> dans le *care*, alors que les hommes restent surinvestis dans le travail dit productif et les femmes « travaillent » de plus en plus dans ce secteur valorisé. Saskia Sassen présente les villes globales par la particularité des « maisons sans épouses », maisons qui, devons-nous ajouter, continuent à être des « maisons sans époux ». La rigidité de la division sexuelle du travail ainsi que la massification de l'emploi des femmes<sup>7</sup>, s'associent au retrait de l'État pour créer la *crise du care*. Il faut ici préciser quelques aspects qui peuvent faire la particularité de cette crise au cœur de ce qu'on appelle plus globalement crise du travail domestique ou crise de la reproduction sociale. Il s'agit du vieillissement de la population qui fait augmenter la demande de *care* au Nord, et des possibilités limitées de mécanisation/robotisation du *care*. Et comme il paraît impossible de délocaliser vers le Sud le travail (comme on le fait pour les entreprises), on délocalise la main-d'œuvre (du Sud vers le Nord). Certains pays comme l'Espagne<sup>8</sup> ou le Canada<sup>9</sup> facilitent ces migrations de travail spécifiquement pour le *care*. D'autres comme la France n'ont pas une politique explicite d'importation de main d'œuvre mais, par la restrictivité des politiques migratoires (les difficultés administratives, la non-reconnaissance des compétences et qualifications...), rendent les femmes migrantes disponibles pour le marché du *care*. Cet enchevêtrement de facteurs qui transforment les femmes migrantes pauvres et racisées du Sud en travailleuses de *care* au Nord, constitue aussi la mondialisation néolibérale où se développent par ailleurs le système managinaire, les entreprises hypermodernes, etc. Il existe un lien entre la mondialisation néolibérale présentée souvent sous ses aspects socio-économiques ou financiers et

---

4 Contrairement à la plupart des hommes, les femmes vieillissent seules, et ceci pour plusieurs raisons : leur espérance de vie est plus élevée, les hommes sont en moyenne plus âgés dans les couples hétérosexuels, les hommes se remettent plus en couple après le décès de leur conjointe ou une séparation, entre autres.

5 La reproduction sociale renvoie à tout le travail visant la reproduction de la force de travail, englobant ainsi toutes les responsabilités domestiques et familiales (y compris le *care*), gratuite ou rémunérées. Le travail de reproduction sociale dit travail reproductif engloberait ainsi tout le travail mis à l'écart par le terme impropre de « travail productif ».

6 On doit aussi ajouter la nucléarisation des familles qui réduit les « bras » disponibles pour le *care* dans les familles.

7 Cette massification ne doit pas faire oublier le chômage et le sous-emploi que subissent principalement les femmes.

8 Voir les recherches de Laura Oso Cassas.

9 Voir les analyses de Judy Fudge ou encore Elsa Galerand et Martin Gallié sur les « aidants familiaux ».

l'hypermodernité qui en constituerait la face socio-psychique. Le management d'hommes et de plus en plus de femmes du Nord construit le *care* des femmes du Sud.

### Care drain, global care chain

Le concept de *global care chain* est utilisé pour analyser la migration des femmes du Sud et leur investissement dans le *care* au Nord, alors qu'elles doivent s'éloigner des besoins de *care* de leur propre famille au Sud (parents et enfants). S'inspirant du *brain drain* (fuite de cerveau), Arlie Russell Hochschild nomme ce phénomène le *care drain* (fuite du *care*). En analysant le cas des Philippines, premier pays exportateur de main-d'œuvre, Rahcel Salazar Parreñas questionne la relation des mères travailleuses avec leurs enfants restés au pays d'origine, pour visibiliser une absence des mères critiquée entre autres par Pierrette Hondagneu-Sotelo et Ernestine Avila. Ces théories de la chaîne globale du *care* ont été critiquées, par Nicola Yeates notamment, et de nouvelles recherches comme celles de Kristine M. Zentgraf et Norma S. Chinchilla, et celles plus récentes d'Helma Lutz et Ewa Palenga-Möollenbeck, regardent plutôt les formes de maternage à distance développées par ces travailleuses. C'est le cas du *skypemothing*, l'une des formes de liens par les nouvelles technologies analysées notamment par Helma Lutz. On reproche aux théories de la chaîne globale du *care* un certain familialisme, alors qu'elles essaient juste de poser pour les travailleuses de *care* la question dite de « conciliation » emploi/famille à laquelle on se réfère pourtant pour justifier au Nord le recours à une main-d'œuvre de *care*. On reproche aussi à ces théories un naturalisme puisqu'elles se centrent sur la souffrance des mères biologiques alors que d'autres mères de substitution s'occupent de leurs enfants pendant leur absence. Pourtant, la bonne parentalité/maternité telle qu'elle est défendue en Occident insiste sur l'amour des mères, un *care* fait de co-présence, même si certaines recherches critiques certaines injonctions marquant cette parentalité, y compris l'injonction à la parentalité elle-même analysée en 2011 dans un numéro de *Nouvelles Questions Féministes* coordonné entre autres par Françoise Messant. On pourrait se demander alors si le *care* n'est pas valorisé chez certaines personnes/femmes/mères alors qu'il est invisibilisé voire nié chez d'autres. On doit aussi se questionner sur les différentes expressions du *care* d'un pays à un autre, d'une classe sociale à une autre, etc. Il est important de remarquer qu'en Haïti par exemple, le *care* est fondu dans le travail/service domestique, à part dans certaines classes où la frontière reste malgré tout assez floue<sup>10</sup> entre le service domestique et le *care*. Et les travailleuses domestiques haïtiennes, en Haïti et en France, étaient souvent portées à parler de leur famille sans s'attarder sur le *care*, les sentiments, les émotions, une manière de se protéger aussi contre les grandes blessures qui marquent les relations familiales, notamment dans les familles transnationales ou transrégionales. La stratégie consiste parfois à faire la sourde oreille face à la souffrance des enfants, quitte à reproduire la même indifférence apparente de sa propre mère face à sa souffrance. Cela rappelle l'image d'Agar qui s'éloigne pour ne pas regarder son fils pleurer ou mourir. Ces femmes développent aussi un dolorisme qui les fait relativiser la douleur, à vivre la souffrance comme un aspect du long chemin qui mène à Canaan, la terre promise décrite dans la bible et qui symbolise ici la délivrance. Elles prennent aussi un air détaché face à des événements douloureux qu'elles racontent, rient de leur peine, se racontent ainsi dans une posture de « négresses masquées » qui exprime sans l'exprimer vraiment leur grande souffrance. Il faut donc, comme pour

---

10 Cette idée de frontière floue existe aussi dans les autres pays comme en témoigne les recherches d'Annie Dussuet. Mais elle l'est encore plus en Haïti comparativement à la France par exemple.

tout sentiment, différencier son existence et son expression concrète dans un cadre relationnel quelconque. Il est tout aussi important de considérer au cœur même des rapports sociaux faits d'oppression, de domination et d'exploitation, certaines formes d'arrachement qui peuvent participer à construire la docilité, la soumission, la servilité. Comme le montrent Frantz Fanon ou Albert Memmi, la face mentale, idéale/idéologique, psychologique des rapports sociaux doit être analysée, et pas que sa face matérielle<sup>11</sup>. Par ailleurs, les théories de la chaîne du *care* ont été jugées psychologisantes parce qu'elles visibilisent la souffrance dans ces familles transnationales, ce qui témoigne des réticences à regarder, dans l'analyse des rapports sociaux, le vécu individuel, l'émotionnel et le relationnel. Une posture socioclinique devrait ainsi être utilisée pour aborder le *care*.

### Transfert et contre-transfert dans le *care*

On peut par exemple appliquer à la relation dans le *care* les concepts de transfert et contre-transfert empruntés de l'analyse de la relation psychanalytique pour l'analyse de la relation de recherche en sociologie clinique (Joseph, 2015). Le transfert recouvre l'ensemble des projections d'unE patientE sur le-la psychanalyste, ou d'un participantE dans la recherche sur le-la chercheurE clinicienNE. Il serait dans la relation de soin marquant le *care* l'ensemble des projections des personnes soignées sur les personnes soignantes, projections marquées ici par les rapports sociaux. Les enfants voient-ils les nounous comme une mère ? Comment les mères françaises supportent-elles cette projection de leurs enfants sur leur nounou ? Qu'est-ce qu'une telle projection fait à la relation de soin, ou à la relation de service avec les mères ? Cela a été analysé dans le discours de migrantes haïtiennes investies dans le *care* en France, ainsi que dans celui de quelques femmes patronnes qui les emploient en tant que nounou ou assistante de vie.

*« On attribue aux travailleuses de care des rôles de mère (souvent la mère manquée, manquante voire abandonnante) ou celui de fille (absente, non suffisamment bonne). C'est aussi par cela qu'il faut expliquer les tensions qui font la relation de care puisqu'elles sont constituées de ces images de mères idéales et fantasmées, aimées et culpabilisées. Tout cela est reporté sur la travailleuse qui doit alors se montrer infaillible, toujours présente là où toute mère aurait manqué. La travailleuse n'est pas uniquement la femme réelle qu'elle remplace<sup>12</sup> mais toutes les femmes de l'histoire que sa présence convoque : la mère peu aimante qui maltraite et construit l'idée de la souffrance fondamentale des enfants, la mère divorcée qui fait souffrir ses enfants, la mère insuffisante qui ne comble pas l'absence du père, la fille abandonnée qui abandonne à son tour »* (Joseph, 2015, p. 343).

Ici, le transfert paraît « sans limite » au sens où il peut englober toute sorte de projections. En est-il ainsi du contre-transfert ? En référence à Georges Devereux, les clinicienNEs appellent contre-transfert l'ensemble des projections des chercheurEs sur les personnes interviewées, ce qui constitue son implication dans la recherche. Cette implication rassemble non seulement les affects, mais aussi l'appartenance sociale des chercheurEs. Qu'est-ce qui constituerait le contre-transfert des travailleuses dans le *care* ? Ces travailleuses peuvent-elles se prendre effectivement pour les femmes de la famille ? D'une part, ce contre-transfert était quelque peu « interdit », selon les narratrices haïtiennes qui reprochent parfois chez les patronnes l'interdiction de certains transferts des enfants. Cela dérange les mères que les enfants appellent leur nounou « maman », ce qu'a confirmé une patronne française qui m'a dit :

11 Sur cette hypothèse face au service domestique et l'esclavage, voir la sous-partie « Les négriers de l'hypermodernité » dans Joseph (2015).

12 Ici, la mère travailleuse qui fait garder son enfant ou la fille qui fait garder sa mère âgée.

« Un enfant qui appellerait sa nounou maman, ça me mettrait très mal à l'aise hein. [...] Ben parce que maman, c'est moi, et y en a qu'une !... Elle [sa cadette] l'appelle tata, doudou, tout ce qu'elle veut, mais pas maman. [...] Je veux qu'ils aiment leur nounou. Évidemment c'est la première condition quand on débute avec une nounou. La première chose qu'on regarde c'est est-ce que le bébé il est content d'être avec sa nounou quoi. [...] Mais entre aimer beaucoup sa nounou et l'appeler maman... Non non ! Maman, c'est moi ! ».

Par ailleurs, à quel niveau ce contre-transfert n'est-il pas douloureux ? Comment devenir la mère de l'enfant de l'autre quand on a « abandonné » ses propres enfants ? Comment devenir la fille de l'autre quand on vit à mille lieues de sa mère ? Dans l'épisode « Loin du 16° » du film *Paris Je t'aime*, la travailleuse pense tristement à son enfant déposé à la crèche quand elle câline l'enfant qu'elle garde. Cette image va à l'encontre des propos de certaines patronnes qui affirment que ces travailleuses aiment « naturellement » les enfants des autres et sont détachées de leurs enfants qu'elles « abandonneraient » facilement. De plus, on croit par exemple que ces travailleuses « aiment » le *care*, « aiment s'occuper des autres » parce que ces personnes âgées et enfants leur rappelleraient leurs parents et enfants laissés au pays d'origine. Généraliser cette possibilité de contre-transfert voire l'utiliser pour expliquer l'investissement massif des femmes migrantes dans le *care* porte à oublier les rapports sociaux qui confinent les femmes dans ce secteur. Cette conception ferait à tort de chacune de ces femmes « le sujet<sup>13</sup> » d'une situation qu'elles subissent grandement. Ici, le transfert et le contre-transfert peuvent être limités à cause des rapports sociaux qui interdisent certaines expressions des sentiments soit dans la relation de soin ou dans la relation de service. Le *care*, pris à la fois comme un sentiment, une manière de faire ou un travail, porte à regarder la réalité sous ses différentes dimensions : le micro social où l'on regarde les émotions, le méso social où se développent les relations, et le macro social qui correspond au registre des rapports sociaux. La problématisation multiple exige d'articuler ces trois registres, et en cela, la sociologie clinique reste utile à une analyse du *care*. De même, l'expression de ces rapports sociaux à la fois dans la construction et l'expression des sentiments, dans la construction et la limitation des relations, dans la mondialisation d'un travail où les gens se substituent les uns aux autres en fonction de leur appartenance sociale exige de garder un sens critique qui ne peut être que bénéfique pour la sociologie clinique.

## Bibliographie

- ALVAREZ, Elvita et al. (coord.). (2007). « Perspectives féministes en Sciences économiques ». *Nouvelles Questions Féministes, Volume 26, N° 2*, 2007. Lausanne : Antipodes.
- BACHMANN, Laurence et al. (coord.). (2004). « Famille - Travail : une perspective radicale », *Nouvelles questions féministes. Vol.23, No 3*. 2004. Lausanne : Antipodes.
- FALQUET, Jules (et al.). (dir.). (2010). *Le sexe de la mondialisation : genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Paris : Les Presses de Sciences Po.
- JOSEPH, Rose-Myrlië (2012). « Relations sociales et rapports sociaux dans le *care* : entre survisibilisation des employeuses et invisibilisation des employées », in Françoise Picq et Martine Storti (dir.), *Le féminisme à l'épreuve des mutations géopolitiques*. Paris : IXE. Pp. 93 -111
- JOSEPH Rose-Myrlië (2015), *L'articulation des rapports sociaux de sexe, de classe et de race dans la migration et le travail des femmes haïtiennes*, Thèse de doctorat dirigée par Vincent de Gaulejac et Olivier Fillieule, Université Paris 7 et Université de Lausanne, soutenue le 29 juin 2015. [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_48416CCEEA72A.P001/RE](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_48416CCEEA72A.P001/RE)
- NUROCK, Vanessa (Coord.). (2010). *Carol Gilligan et l'éthique du care*. Paris : PUF.

---

13 Sur la notion de « Sujet », voir l'entrée sur sexe/genre où je parle plutôt de « sujettes », priorisant la marque du féminin pluriel que je justifie.