

# Chapitre 1 : Prendre soin : un travail d'amour

Hilary Graham<sup>1</sup>

## Introduction

Ce chapitre explore ce que signifie prendre soin et ce que cela implique. Clairement, ce que cela signifie de prendre soin de quelqu'un et ce que cela implique sont étroitement liés, mais ils ne sont pas synonymes. Ces deux aspects sont distingués dès le départ parce qu'ils doivent être abordés ensemble si nous voulons mieux comprendre la nature du soin dans la société occidentale.

Prendre soin n'est pas quelque chose qui peut être défini simplement, même pas par le redoutable dictionnaire Oxford. Cependant, de manière générale, c'est un concept qui englobe une gamme d'expériences humaines liées au fait de se soucier du bien-être des autres et d'en assumer la responsabilité. Cette définition nous alerte immédiatement sur la question des significations et des implications : "se soucier" et "prendre en charge" ont à la fois des implications psychologiques et matérielles. Comme le montrent les chapitres de ce livre, l'expérience du soin touche simultanément à qui vous êtes et à ce que vous faites.

Bien que difficile à définir, le soin est clairement un concept central pour les politiques sociales. D'une part, l'expérience de prendre soin et d'être pris en charge est intimement liée à la façon dont nous nous définissons et dont nous définissons nos relations sociales. D'autre part, le soin fait partie intégrante du processus par lequel la société se reproduit et maintient la santé physique et mentale de sa main-d'œuvre.

Reconnaître ces deux dimensions est essentiel pour l'analyse présentée dans ce chapitre. Cela suggère que prendre soin exige à la fois amour et travail, identité et activité, avec la nature des exigences façonnée par les relations sociales de la société dans son ensemble. Dans des sociétés divisées par le genre comme la nôtre, le soin a tendance à avoir des conséquences particulières pour l'identité et l'activité des femmes.

---

<sup>1</sup>Vous trouverez ici une traduction personnelle de l'anglais vers le français destinée à aider les étudiant.e.s qui ont parfois des difficultés à lire en anglais.

Reconnaître la nature multidimensionnelle du soin est relativement simple ; c'est construire une analyse autour de cela qui pose problème. Que le soin soit défini comme une identité ou une activité, l'expérience du soin échappe aux catégories conceptuelles strictes des sciences sociales. Ces catégories ont été façonnées pour les nouvelles relations sociales du capitalisme du XIXe siècle, des relations sociales construites sur des changements dans l'organisation du soin. Cependant, de manière significative, elles ont obscurci à la fois ces changements dans l'éducation des enfants, le travail domestique, les soins aux malades et aux personnes âgées, et le système sous-jacent de divisions de genre sur lequel les nouveaux modes de soin étaient basés. Comme l'a noté Margaret Stacey, un cadre conceptuel qui sépare la reproduction de la production, le privé du public, la maison du travail, et le loisir du travail, échouera inévitablement à saisir des expériences qui transcendent ces divisions (Stacey, 1981).

La nature du soin et les concepts à travers lesquels les scientifiques sociaux l'ont compris constituent deux problèmes distincts mais liés, que ce chapitre tente d'aborder. Il doit d'abord faire face au fait que le soin concerne à la fois notre existence matérielle et notre conscience. Il doit ensuite faire face à l'insuffisance d'un appareil scientifique aveugle aux phénomènes mêmes que nous cherchons à rendre visibles.

Ce sont des problèmes que l'analyse féministe cherche à surmonter. En s'appuyant sur les expériences partagées des femmes, elle commence à dévoiler — et à donner un sens à — des phénomènes qui sont restés “cachés de l'histoire” (Rowbotham, 1973 ; Smith, 1974). Une grande partie de ce travail — sur les relations familiales, les responsabilités familiales, l'impact des enfants et le vieillissement — touche directement à la question du soin (par exemple, Leonard Barker et Allen, 1976 ; Mitchell et Oakley, 1976 ; Burman, 1979).

Ces études suggèrent que, quels que soient les problèmes que rencontrent les professionnels lorsqu'ils parlent de soin, c'est un terme qui imprègne nos récits ordinaires de la vie quotidienne. Il structure nos conversations sur nos amis et nos amours : il est central à la façon dont nous pensons à notre famille (Stacey et Price, 1981, p. 186). Les conversations sur nos interactions avec l'État-providence, en tant que travailleurs et en tant que clients, sont souvent des conversations sur le soin (Jordan, 1976, chapitre 5).

En s'appuyant sur cette familiarité quotidienne avec le concept de soin, ce chapitre développe son argumentation en quatre sections. La première section définit l'expérience quotidienne du soin comme un travail d'amour. Les deux sections suivantes examinent la manière dont les scientifiques sociaux ont représenté l'amour et le travail du soin, la deuxième section s'inspirant de la littérature psychologique, et la troisième section soulignant certains des éclairages apportés par les recherches récentes en politique sociale. La dernière section, résumant les contributions et les limites de ces deux approches, énonce quelques règles de base pour la construction d'une analyse alternative du soin.

## Prendre soin : un travail d'amour

Les conversations quotidiennes sur le soin sont généralement reconnues comme des discussions sur les sentiments. Lorsque nous parlons de « prendre soin » de quelqu'un, nous parlons de nos émotions. Lorsque le mot « amour » semble inapproprié, nous utilisons l'expression « prendre soin de » pour exprimer un sentiment de lien qui nous unit à nos amis, nos amours, nos enfants, nos parents, nos clients, nos patients.

Le soin, dans ce sens de sentiments, est perçu comme une émotion humaine fondamentale. Toutes les personnes « normales » veulent et s'attendent à l'éprouver. « Aimer trop » peut être, comme le dit la chanson, « juste un fantasme juvénile », mais malgré cela, comme une autre chanson nous le dit, nous voulons tous « quelqu'un, quelque part, quelqu'un qui prendra soin de nous (et prendra un risque avec moi) ». Bien que le besoin de soin soit universel, seules certaines relations sociales sont perçues comme facilitant le don et la réception de soin. En général, les relations de soin sont celles impliquant des femmes : la présence d'une femme – en tant qu'épouse, mère, fille, voisine, amie – marque une relation comme étant, du moins potentiellement, une relation de soin. Comme ceux qui s'occupent des personnes handicapées et des personnes âgées le savent, le soin – qu'il soit à domicile, dans la communauté ou à l'hôpital – repose sur les femmes (Doyal, 1979 ; Finch et Groves, 1980 ; Parker, 1981). Les relations masculines, en revanche, sont perçues comme étant médiatisées d'une manière différente, les liens étant, ostensiblement du moins, basés non pas sur la compassion mais sur la compétition (Chodorow, 1978).

Le soin est non seulement associé aux femmes, mais aussi à ces espaces privés où l'on trouve des relations intimes avec les femmes. Le soin est spécifiquement associé à la maison et à la famille. Comme le notent Margaret Stacey et Marion Price, « les valeurs de tendresse et de soin sont présentes et permises dans la famille plus que nulle part ailleurs » (1981, p. 180). En revanche, les relations contractées sur le marché du travail sont perçues comme engendrant une certaine distance sociale incompatible avec le fait de prendre soin. Il y a bien sûr des exceptions ; des professions où « la touche féminine » a été formellement intégrée à la description de poste. Ces professions, curieusement, ont une désignation spéciale : ce sont les « professions du soin » dans lesquelles la main-d'œuvre est largement féminine (Oakley, 1981, p. 155-8). Dans les métiers tels que les soins infirmiers, le travail social et l'enseignement primaire, les relations sociales sont médiatisées par le soin, avec, comme le souligne Margaret Adams (Adams, 1971, p. 558) :

« la fonction de synthèse traditionnellement accomplie par les femmes... traduite dans une sphère plus large au-delà du foyer... Au lieu (ou en plus) de maintenir la famille intacte et fonctionnelle, les femmes se retrouvent impliquées dans des tâches ménagères au nom de la société dans son ensemble. »

L'image du soin en tant que sentiment reflète clairement un aspect important de notre expérience. Nous prenons soin de quelques personnes de manière différente par rapport aux relations plus instrumentales qui dominent la plupart de nos vies. Mais ce ne sont pas uniquement les

sentiments qui distinguent ces relations particulières. Le soin implique également une transaction de biens et de services. Les relations de soin dans lesquelles les femmes s'engagent — avec leurs maris, enfants, parents, clients — reposent sur des liens matériels aussi bien que symboliques. Comme les soignants l'ont témoigné à travers l'histoire, le soin est perçu comme un travail d'amour, un travail qui doit continuer même quand l'amour s'estompe (Oral History, 1977 ; EOC, 1981 ; Spring Rice, 1981).

La double nature du soin — à la fois travail et amour — se reflète dans la littérature des sciences sociales. Cependant, ces deux dimensions sont traitées séparément. Les aspects matériels du soin ont été étudiés (bien que récemment) dans le cadre des politiques sociales, tandis que les psychologues ont exploré sa signification émotionnelle. Cette division disciplinaire présente certains avantages. En mettant en lumière le travail impliqué dans le soin, il a été possible de quantifier la contribution économique du rôle de soignant (EOC, 1981 ; Nelson, 1980). Des recherches récentes ont montré comment ce rôle enferme à la fois le soignant et la personne prise en charge dans des positions de dépendance, des positions que l'État-providence tend à institutionnaliser plutôt qu'à atténuer (Walker, 1980 ; Finch et Groves, 1982). Parallèlement, la recherche psychologique a révélé les conséquences émotionnelles du soin. Des psychologues, aux orientations politiques très diverses, s'accordent à dire que le soin n'est pas simplement un autre rôle de travail réservé aux femmes dans la division sexuelle du travail. Ils affirment que le soin est l'activité constitutive par laquelle les femmes réalisent leur féminité, tandis que la masculinité se définit en opposition (Horney, 1932 ; Baker Miller, 1976 ; Chodorow, 1978). Toute contribution matérielle que le soin pourrait apporter au maintien du capitalisme et du patriarcat est ainsi perçue comme secondaire par rapport à son rôle dans la construction de la psychologie féminine.

Cette séparation disciplinaire a cependant des limites inévitables, réduisant à la fois l'étendue et la profondeur de notre compréhension. La perspective psychologique voit le soin comme le mécanisme par lequel la conscience des femmes et des hommes est recrée de génération en génération, mais elle a tendance à ignorer les forces économiques et politiques qui déterminent cette conscience. À l'inverse, dans les politiques sociales, la tendance opposée est perceptible, avec la psychologie subordonnée à l'économie. Le soin, dépouillé de son rôle symbolique dans la construction de l'identité féminine, est réduit à une simple transaction de biens et de services obligatoire au sein de la famille patriarcale. Ici, le soin tend à être défini comme un acte de sacrifice féminin et de suprême abnégation, et non, comme l'affirmation de nombreux psychologues, comme le processus fondamental par lequel un sentiment de soi et de réalisation de soi est atteint.

## **Le soin comme nature féminine : perspectives psychologiques sur le soin**

Cette section résume une partie de la littérature psychologique qui aborde, directement ou indirectement, le rôle du soin dans la socialisation de genre. Elle est nécessairement très

sélective, visant à indiquer des directions et des tendances dans le travail sur la psychologie des femmes, plutôt que de fournir un compte rendu exhaustif de l'ensemble de la discipline.

Au cœur du paradigme psychologique se trouve l'idée que le soin ne peut être réduit à un simple processus de travail — un problème inhérent aux tentatives récentes de catégoriser et qualifier les composantes du soin (voir EOC, 1981 et Parker, 1981). Son importance réside plutôt dans son affinité psychologique avec la féminité ; dans le fait que les qualités exigées des soignants — une sensibilité aux besoins des autres, la capacité à attendre, observer et s'adapter à l'évolution de ces besoins — sont des qualités montrées par les femmes dans la société occidentale.

Cette relation intime entre le soin et la féminité est perçue non seulement comme un aspect ou un résultat de la division sexuelle du travail au sein de la famille. Selon Horney et De Beauvoir, c'est le principe organisateur autour duquel elle se construit (Horney, 1932 ; De Beauvoir, 1972). Le « soin » devient la catégorie à travers laquelle un sexe se différencie de l'autre. Le soin est « attribué » aux femmes : il devient la caractéristique définissant leur identité et leur travail de vie. Simultanément, le soin est retiré aux hommes : le fait de ne pas s'occuper des autres devient une caractéristique définissant la masculinité. Les hommes se distinguent comme étant séparés et différents des femmes parce qu'ils ne sont pas impliqués dans le soin des autres. Leur sentiment d'identité se réalise en faisant des choses pour eux-mêmes (Chodorow, 1978).

L'idée que le soin est le concept qui marque la frontière entre féminin et masculin se retrouve dans la distinction psychologique entre « être » et « faire » (Chodorow, 1971). « Être » est un concept qui encapsule la nature passive mais tournée vers les autres de la féminité ; « faire », en revanche, capture la nature active et tournée vers soi de la masculinité. Selon Karen Horney, par exemple, la féminité est quelque chose qu'une femme acquiert par ses relations sexuelles avec les hommes — et plus précisément par la copulation, la conception et la maternité. Dans cette relation, « elle accomplit son rôle simplement en étant, sans rien faire » (1932, p. 359, italiques dans l'original). La masculinité, en revanche, doit être activement réalisée : les mécanismes du sexe et de la reproduction exigent que « l'homme fasse quelque chose pour se réaliser » (ibid., italiques dans l'original). Simone de Beauvoir et Margaret Mead voient la division entre « être » et « faire » se refléter dans la sphère sociale ainsi que dans l'arène sexuelle. De Beauvoir remarque, avec une certaine mélancolie, que le jeune garçon entre dans le domaine public pour faire un travail productif et devenir riche (« il sera marin ou ingénieur, il ira... en ville, il verra le monde, il deviendra riche, il se sentira libre », 1972, p. 325). Pendant ce temps, sa sœur reste dans le domaine privé, condamnée à une vie non productive d'inactivité choisie non par elle-même, mais par les autres.

La jeune fille sera une épouse, une grand-mère ; elle tiendra la maison comme sa mère l'a fait, elle donnera à ses enfants le même soin qu'elle a reçu dans sa jeunesse — elle a douze ans et déjà son histoire est écrite dans les étoiles. Elle la découvrira jour après jour sans jamais la créer elle-même. (De Beauvoir, 1972, p. 325).

Mead développe un argument similaire, mais souligne les coûts ainsi que les avantages pour les hommes. Le rôle de soin des femmes leur confère une « assurance simple » dans leur identité sexuelle, tandis que la masculinité doit être « conservée et reconquise chaque jour ». En conséquence, les garçons, contrairement aux filles, vivent dans la crainte de devenir « déssexués par l'échec » (Mead, 1949, p. 303).

Bien que mettant en évidence les différences évidentes dans les modes de vie et les chances de vie des sexes, ces explications de la psychologie des femmes reproduisent bon nombre des présupposés idéologiques que nous devons remettre en question. Une typologie qui sépare l'action de l'être, le travail du soin, ne représente guère plus qu'une réinterprétation de la distinction traditionnelle entre les hommes-qui-font et les femmes-qui-soignent. Selon cette tradition, les hommes sont définis par rapport au marché du travail, en précisant leur profession (ou l'absence de celle-ci). Les femmes, en revanche, sont introduites en des termes moins universels, à travers leurs relations de soin — comme l'épouse de Bill et la mère de Ben. Comme l'a exprimé George Eliot dans *Le Moulin sur la Floss*, « vous ne demandez pas ce que fait une dame, vous demandez à qui elle appartient ».

Cependant, au lieu de remettre en question cette division traditionnelle du travail, les psychologues ont souvent tendance à baser leurs analyses dessus. En conséquence, ils déforment et banalisent la nature du rôle des femmes. Le soin et la féminité sont définis dans les limites étroites du mariage et de la maternité, où les femmes sont perçues comme atteignant leur état d'être à travers leurs relations avec leurs maris et leurs enfants. Cependant, le statut dépendant des femmes est déterminé par des forces économiques autant que psychiques ; des forces qui s'étendent au-delà du foyer conjugal dans un réseau de relations de soin au sein de la famille élargie et de la communauté (McIntosh, 1981, et les chapitres de ce volume par Walker et par Groves et Finch). L'expérience et l'identité d'une femme en tant que soignante sont de plus en plus façonnées non par son implication avec les membres valides de la famille nucléaire immédiate, mais par les services qu'elle fournit aux malades, aux personnes âgées et aux handicapés (Parker, 1981 ; EOC, 1982a). Un modèle théorique qui explique la prédisposition des femmes à prendre soin en termes psychologiques masque inévitablement la possibilité que cela ne soit pas le produit d'une personnalité féminine durable, mais résulte de la manière particulière dont la reproduction (au sens large) est organisée dans notre société.

Deuxièmement, les récits psychologiques occultent la nature intense et hautement stressante du rôle de soignant. Par exemple, comme Simone de Beauvoir, Margaret Adams, dans un compte rendu par ailleurs excellent de la psychologie des femmes, a soutenu que le soin enferme les femmes dans des « trivialités autodestructrices » qui privent la société des « contributions vitales et significatives que les femmes pourraient apporter » (Adams, 1971, p. 536). Cependant, comme en témoignent les études empiriques, prendre soin — que ce soit pour des maris et des enfants ou pour ceux en dehors de la famille nucléaire — est loin d'être trivial et insignifiant. De plus, c'est une activité où la réussite est constamment remise en question, et les femmes peuvent effectivement se sentir « déssexuées par l'échec » (Graham, 1982).

La distinction entre « faire » et « être » déforme la nature du rôle de soin des femmes d'une troisième manière. Elle masque la manière dont les catégories à travers lesquelles nous définis-

sons le genre sont des constructions sociales et non des entités psychologiques. Ce qui est considéré comme du soin dépend autant de la personne qui le fait que de ce qui est fait. Les étiquettes non liées au travail, comme « garde d'enfants » et « entretien de la maison », ont tendance à être attachées aux contributions des personnes occupant des positions subordonnées dans la société ; le terme « travail », et en particulier « travail qualifié », est réservé aux activités des hommes. Comme le notent Anne Phillips et Barbara Taylor, de telles étiquettes doivent être considérées comme des catégories idéologiques « imposées à certains types de travail en vertu du sexe et du pouvoir des travailleurs qui les exercent » (1980, p. 79). Néanmoins, le soin reste unique en étant largement en dehors de la production de biens de consommation, en tant que forme de travail avec des possibilités limitées de spécialisation et de mécanisation sur lesquelles repose la recherche de profit.

Jean Baker Miller et Nancy Chodorow ont tenté de fournir des perspectives alternatives sur le soin qui tiennent compte du contexte idéologique et économique dans lequel il se déroule (Baker Miller, 1976 ; Chodorow, 1978). Baker Miller, par exemple, suggère que c'est à travers leur position subordonnée que les femmes acquièrent leur prédisposition psychologique à prendre soin : la sensibilité, l'empathie et la compassion des femmes sont des qualités finement adaptées à la survie dans une société dominée par les hommes. Les femmes « deviennent très attentives aux dominants, capables de prédire leurs réactions de plaisir et de mécontentement. C'est là... que commence la longue histoire de "l'intuition féminine" » (Baker Miller, 1976, p. 11). Bien que dévalorisées, Baker Miller suggère que ces qualités sont celles sur lesquelles une société plus attentive pourrait être construite (1976, p. 57) :

« Les femmes ont traditionnellement construit un sentiment de valeur personnelle à partir d'activités qu'elles parviennent à définir comme prenant soin des autres et en leur donnant. Si elles parviennent à se convaincre qu'elles font du bon travail défini de cette manière, elles peuvent accomplir des choses considérables. »

Nancy Chodorow adopte une approche plus explicitement psychanalytique. Contrairement à Baker Miller, elle soutient que le rôle de soignant n'est pas reproduit directement par les processus de domination masculine. Il est reproduit par les femmes elles-mêmes, à travers la dynamique de la relation mère-fille. En prenant soin des enfants, les femmes recréent les types de personnalité que nous associons à la masculinité et à la féminité. Les soins qu'une mère prodigue à sa fille lui inculquent les besoins et les capacités pour prendre soin des autres plus tard dans la vie. Les soins qu'elle prodigue à son fils produisent les caractéristiques de personnalité nécessaires à la participation et à la réussite dans le monde sans soin au-delà de la maison (Chodorow, 1978, pp. 167, 160) :

« Les filles émergent... avec une base pour "l'empathie" intégrée dans leur définition primaire du moi, d'une manière que les garçons n'ont pas. Les filles émergent avec une base plus solide pour ressentir les besoins ou les sentiments des autres comme les leurs. Très tôt, parce qu'elles sont élevées par une personne du même sexe, les filles en viennent à se percevoir comme... plus continues avec et reliées au monde extérieur... Les garçons en viennent à se définir comme plus

séparés et distincts, avec un sens plus rigide des limites de l'ego. Le sens fondamental de soi féminin est connecté au monde, le sens fondamental de soi masculin est séparé. »

Dans le récit de Chodorow, comme dans celui de Baker Miller, le soin est identifié comme une activité intimement liée à la société dominée par les hommes dans laquelle il est enraciné. (Comme le note Chodorow, « la division sexuelle du travail et la responsabilité des femmes pour les soins aux enfants sont liées à la domination masculine et la génèrent », 1978, p. 214.) Cependant, des problèmes subsistent encore. Le soin ne peut être expliqué uniquement en termes de psychodynamique — que ce soit dans la relation mère-enfant (Chodorow) ou dans la relation entre dominants et subordonnés (Baker Miller). Le rôle de soignant a des origines plus complexes. Il est construit à travers un réseau de relations sociales et économiques, à la fois à la maison et au travail, dans lesquelles les femmes assument la responsabilité de répondre aux besoins émotionnels et matériels non seulement des maris et des enfants, mais aussi des personnes âgées, des handicapés, des malades et des malheureux. De plus, comme le soutient Janet Sayers, les récits psychologiques du rôle des femmes tendent à affirmer non seulement la valeur du soin, mais la valeur de la féminité elle-même, une affirmation qui peut rapidement glisser vers l'acceptation de l'idée populaire selon laquelle femmes et hommes jouissent d'une « égalité dans la différence ». Ce faisant, ils encouragent une célébration des arrangements idéologiques qui soutiennent la subordination des femmes (Sayers, 1982).

## **Le soin en tant que travail des femmes : perspectives des politiques sociales sur le soin**

Une reconceptualisation du soin est centrale à la reconstruction contemporaine de la psychologie des femmes. Elle est également essentielle au projet plus large de développement d'une perspective féministe sur la position des femmes dans la société. La clé d'une telle perspective réside dans une compréhension de la nature de la famille (McIntosh, 1979). Ici, le concept de soin est considéré comme fondamental à deux égards. Premièrement, comme l'a indiqué la section précédente, le soin par les mères est identifié comme le processus par lequel la construction du genre se fait : c'est ainsi que les hommes et les femmes émergent en tant qu'êtres humains différents. Deuxièmement, le soin des épouses et des mères est vu comme le mécanisme par lequel les familles sont reconstituées quotidiennement. C'est la prestation de soins de haute qualité et non rémunérés au sein du foyer qui maintient la famille. Ces deux dimensions — la construction du genre et le maintien de la famille — sont étroitement liées. La famille — ou plus précisément, les catégories de genre que sont le mari, l'épouse, le fils, la fille, le grand-père, la grand-mère, qui constituent la famille — est soutenue par le travail de soin des femmes. Cette unité familiale, à son tour, fournit la structure dans laquelle le soin est effectué : où les enfants sont élevés, les maris soutenus, et les personnes âgées et handicapées aidées.

Alors que les psychologues expliquent les divisions sexuelles au sein de la famille en termes de besoins psychodynamiques, les féministes travaillant dans le domaine des politiques sociales voient la division entre les hommes-qui-font et les femmes-qui-prennent-soin comme un reflet



des besoins de la société dans son ensemble. Les forces sociales à l'œuvre sont toutefois complexes et contradictoires. La séparation sociale et spatiale entre la production (faire-au-travail) et la reproduction (prendre-soin-à-la-maison) est liée à la montée du capitalisme et à sa séparation des « gagne-pains » et des « dépendants ». Cependant, la logique du capitalisme seule ne suffit pas à expliquer pourquoi ces divisions coïncident avec celles du genre (Breugel, 1978 ; Hartmann, 1979). Elle n'explique pas pourquoi le soin devrait être « le travail des femmes », pourquoi la maison devrait être « le lieu des femmes », pourquoi les femmes devraient être des appendices et les hommes leurs pourvoyeurs. Pour comprendre la nature genrée du soin, nous devons confronter la division sexuelle du travail préexistante, sur laquelle et dans laquelle les nouvelles formes d'organisation économique se sont développées.

Lorsque cela est fait, des dimensions cachées de notre monde social se révèlent (Leonard Barker et Allen, 1976 ; Land, 1978). Les institutions les plus directement impliquées dans le soin — la famille, la communauté et l'État — prennent une forme différente. Elles n'apparaissent plus comme des monolithes, solidement uniformes et asexués, existant « là-bas » dans le tissu social, mais comme des structures sociales qui portent en elles les relations de classe et de genre d'un ordre social à la fois capitaliste et patriarcal. « La famille », par exemple, longtemps considérée par les scientifiques sociaux comme la forme privatisée de soins nécessaire au bon fonctionnement de « l'économie », est redéfinie non simplement comme le cadre de la consommation de groupe dans les sociétés capitalistes, mais comme le lieu de lutte des genres (Hartmann, 1981). Les individus au sein de la famille sont redéfinis à la fois comme membres de la famille, partageant une unité d'intérêts, et comme membres de catégories de genre aux intérêts différents et souvent concurrents. Ainsi, la vie familiale pour les hommes peut bien offrir une identité qui les libère de l'aliénation qu'ils éprouvent au travail. Pour les femmes, cette identité alternative se révèle souvent moins libératrice, car elle n'est atteinte qu'en se subordonnant aux besoins de leur famille (Foreman, 1977).

De même, le concept de dépendance, bien que ne portant apparemment aucune étiquette de genre, a un sens très différent pour les hommes et les femmes. La dépendance est vue comme une condition créée par les processus d'expansion capitaliste, dans lesquels une partie croissante de la population est déplacée du marché du travail pour dépendre de la famille et de l'État pour ses moyens de subsistance (cf. Walker, dans ce volume). Cependant, comme les concepts de famille et d'État auxquels il est crucialement lié, la nature de la dépendance ne peut être comprise indépendamment du système sexe-genre. Certaines catégories d'enfants dépendants, par exemple, reçoivent des soins et du soutien, mais n'offrent aucun bénéfice tangible en retour. Cependant, pour les femmes, l'expérience de la dépendance est plus contradictoire. Leur statut de dépendance — en tant que femmes au foyer, mères, filles dévouées — n'est pas absolu, mais conditionnel au fait qu'elles sont simultanément dépendues par d'autres. Ainsi, pour de nombreuses femmes, être dépendante équivaut non pas à recevoir des soins, mais à en donner (Finch et Groves, 1982). Pour les enfants, et pour les hommes, la dépendance économique et la pauvreté sont le coût de recevoir des soins : pour les femmes, la dépendance économique et la pauvreté sont le coût du soin.

Ces deux exemples ne font qu'effleurer la complexité des processus impliqués dans

l'organisation sociale du soin. Ce qu'ils suggèrent, cependant, c'est qu'une compréhension du soin nécessite une réévaluation fondamentale à la fois des institutions du soin (la famille, la communauté, l'État) et des conditions qu'elles engendrent (dépendance, pauvreté, impuissance). Dans cette réévaluation, le soin apparaît non pas tant comme une expression des sentiments naturels de compassion et de connexion des femmes, comme le suggèrent les analyses psychologiques, mais comme une expression de la position des femmes dans un type particulier de société où agissent les forces jumelles du capitalisme et du patriarcat. Le soin, semble-t-il, décrit plus qu'un sentiment universel chez les femmes : il décrit le type spécifique de travail qu'elles accomplissent dans notre société.

De quelles manières cette perspective aiguise-t-elle notre compréhension ? Premièrement, elle suggère que le soin n'est pas simplement quelque chose que les femmes font pour elles-mêmes, pour réaliser leur féminité. C'est quelque chose que les femmes font pour les autres, pour les maintenir en vie. Comme l'a documenté l'étude de Margery Spring Rice sur les épouses de la classe ouvrière, les femmes prennent soin pour que leurs maris et leurs enfants puissent survivre (Spring Rice 1981, p. 106) :

« Son mari doit être nourri car c'est de lui que dépend la première nécessité, l'argent. Les enfants doivent être nourris. De même, le mari et les enfants doivent être vêtus, non seulement suffisamment chaudement, mais, pour l'école ou le travail, de manière assez décente. Naturellement, ils souffrent de la pauvreté du foyer, du manque de nourriture, de vêtements, de chaleur et de confort suffisants, mais il est indubitable que... la mère sera la première à s'en passer. »

La mesure dans laquelle le soin est un travail qui assure la vie, tout autant qu'une émotion qui exprime l'amour, est évidente dans ces relations où la personne qui reçoit des soins est handicapée. Le rapport de l'EOC de 1981 décrit les expériences de ceux qui prennent soin des personnes âgées et des handicapés, où « la vie » est quelque chose qui se marchande entre le soignant et le soigné. « C'est un soin 24 heures sur 24. Je fais tout pour elle, laver, cuire, repasser, faire les courses, cuisiner. Cela a complètement détruit ma vie. Ma vie normale est terminée » (EOC, 1981, p. 17).

Deuxièmement, comme l'indique cette étude, les relations de soin ne sont pas l'apanage exclusif de la famille nucléaire « en bonne santé ». Les femmes organisent et réorganisent leur vie pour répondre aux besoins de parents et de proches qui vieillissent, de maris devenus incapables et d'enfants handicapés qui deviennent adultes.

Troisièmement, comme le révèlent les études empiriques sur les personnes âgées et handicapées, la « corvée quotidienne » du soin ne peut être définie de manière abstraite. Ce qui est exigé des soignants est déterminé par les capacités perçues du dépendant et la fourniture de ressources et de services en dehors de la famille. Ces deux éléments sont à leur tour façonnés par le climat économique et idéologique dans lequel les besoins des dépendants et les responsabilités des soignants sont définis. Ce climat, comme nous le savons, évolue rapidement, et avec lui, le travail que les femmes accomplissent en tant que soignantes pour les enfants, les maris, les malades, les handicapés et les personnes âgées (CIS, 1981).

Ainsi, le soin est vécu comme une forme de travail imprécise et non spécifiable, dont les contours changent constamment. Puisqu'il vise, comme tant d'autres travaux des femmes, « à rendre cohérent ce qui est souvent fragmentaire et désintégré », il ne devient visible que lorsqu'il n'est pas accompli (Adams, 1971, p. 559 ; Graham, 1982). Comme le note Adrienne Rich, le soin est un travail sans fin, caractérisé par « son attention aux petites tâches, aux courses, au travail que d'autres défont constamment, aux besoins constants des petits enfants » (Rich, 1980, p. 43).

Quatrièmement, le soin n'est pas seulement une forme de travail diffuse et illimitée, il est aussi privatisé. Bien qu'il découle de la nature coopérative de la psyché des femmes, il reste généralement invisible et non exprimé. C'est quelque chose que les femmes font en tant qu'expression de leur lien avec les autres, mais c'est aussi quelque chose qu'elles font invariablement seules. Dans notre société, le soin exige l'adoption d'un mode de vie qui isole le soignant (et souvent le soigné) du monde extérieur. La maison, en tant que lieu où se déroulent la plupart des soins, devient non pas tant un refuge contre les rigueurs du marché du travail, mais une prison. Là encore, Margery Spring Rice capture les réalités du soin (1981, pp. 105, 106) :

« La mère travailleuse est presque entièrement coupée de tout contact avec le monde extérieur à sa maison. Elle mange, dort, "se repose" sur le lieu de son travail, et son travail est entièrement solitaire... Quelles que soient les compensations émotionnelles, quelle que soit sa dévotion, sa famille crée son travail, et resserre les liens qui la lient à la sphère solitaire et étroite du "foyer". »

Bien que Spring Rice décrive la situation domestique des soignants, échapper à l'emploi ne signifie pas nécessairement échapper à « la coercition de la vie privée » (Dahl et Snare, 1978). Le travail rémunéré d'une femme est souvent l'équivalent sur le marché de son travail non rémunéré à la maison. La croissance de l'emploi dans le secteur des services a entraîné le transfert de nombreux aspects plus spécialisés du soin hors du domicile, si bien que dans les métiers de secrétaire, d'employée de bureau, d'infirmière, d'enseignante ou de travailleuse sociale, la femme retrouve « son moi toujours en réponse aux autres — une tâche sans fin, non spécifiée, consistant à aider, nourrir, éduquer, soutenir » (Garrett, 1977, p. 22). En conséquence, les femmes sont souvent confrontées, dans leurs rôles en dehors du foyer, aux mêmes exigences qui les oppriment à l'intérieur de celui-ci (Adams, 1971, pp. 558, 559) :

« Les engagements familiaux et professionnels intègrent tous deux l'idée insidieuse que les besoins, les demandes et les difficultés des autres devraient être la préoccupation majeure, voire exclusive, des femmes et que leur satisfaction doit primer sur toutes les autres exigences... »

Une conception du soin en tant que travail des femmes fait clairement progresser notre réflexion à plusieurs égards. Nous pouvons apprécier sa nature économique et idéologique, en tant que travail qui, bien que essentiel à la survie, est invisible, dévalorisé et privatisé. Cependant, en insistant sur les forces structurelles à l'œuvre, une telle perspective peut rapidement perdre de vue la signification personnelle du soin. Dénué des liens émotionnels qui l'entourent, le soin est

redéfini comme « s'occuper », « le véritable travail de s'occuper de ceux qui, temporairement ou définitivement, ne peuvent le faire eux-mêmes » (Parker, 1981, p. 17). Mais le soin est plus que cela : une sorte de travail domestique accompli sur des personnes. Il ne peut être « nettoyé » dans de telles catégories sans vider la relation entre le soignant et le soigné de la dimension que nous devons le plus affronter. Le soin ne peut être compris de manière objective et abstraite, mais seulement comme une expérience subjective dans laquelle nous sommes tous, pour le meilleur ou pour le pire, impliqués.

## Conclusion

Ce chapitre a tenté de définir les contours du concept de soin. Il a été suggéré que le soin définit un type spécifique de relation sociale basée à la fois sur l'affection et le service. De plus, ces deux transactions interconnectées ont été soigneusement démantelées par les scientifiques sociaux et reconstruites dans des domaines disciplinaires distincts, comme la psychologie et les politiques sociales. Dans ce processus de reconstruction, l'expérience quotidienne du soin en tant que travail d'amour a été perdue, laissée à l'écart des cadres scientifiques dans lesquels d'autres phénomènes sociaux semblent s'intégrer si bien.

Les deux cadres identifiés dans ce chapitre sont inévitablement schématiques. Cependant, ils attirent notre attention sur la nature du matériel empirique et théorique qui aborde, bien que de manière indirecte, la question du soin. Au cœur de ces deux perspectives se trouve une distinction entre deux types de relations sociales. Ces relations sociales sont définies en termes de genre. L'une est typiquement féminine, et ici, le soin, en tant que transaction psychologique ou matérielle, est présent. Dans l'autre, le "soin" est remplacé par le "faire", un concept qui définit une relation typiquement masculine au monde social. À partir de ce point de départ commun, les perspectives divergent : les origines de la division de genre sont attribuées, d'un côté, aux besoins du système de personnalité et, de l'autre, au système socio-économique.

Les deux perspectives, il est soutenu, offrent une image réifiée du soin. Les études psychologiques nous disent ce que signifie le soin en termes émotionnels, mais pas en termes matériels. En négligeant la base matérielle du soin, aspect central pour comprendre les relations de genre, la perspective psychologique frôle dangereusement l'essentialisme, suggérant que le soin reflète la nature biologique et les besoins psychiques des femmes. Comme le note Sayers, cette perspective finit par légitimer le statu quo, un statu quo fondé sur la glorification des relations spécifiques et particulières que les femmes entretiennent avec le monde social (Sayers, 1982).

Les travaux plus récents en matière de politiques sociales, notamment ceux initiés par des écrivaines marxistes-féministes, ont corrigé cette tendance en se concentrant sur le soin (et la dépendance) comme relation politique et économique soutenue par le système plus large des divisions de genre. En expliquant les avantages matériels pour l'État, ces travaux ont mis en lumière l'exploitation du travail des femmes sur laquelle repose l'organisation actuelle des soins familiaux. Ce faisant, ils ont tendance à minimiser les liens symboliques qui maintiennent la

relation de soin. Les racines de la profonde résistance des gens à la socialisation des soins sont ainsi perdues. Qu'ils soient fournis par les institutions de l'État ou par des "bons voisins" dans la communauté, soignants et soignés reconnaissent que les services de substitution ne sont pas des "soins", car ils manquent des qualités mêmes d'engagement et d'affection qui transforment le travail de soin en une mission de vie, un travail en un devoir. Comme le notent Finch et Groves, une analyse féministe qui révèle la nature exploitative de la relation de soin laisse encore la question : "mettriez-vous votre sœur en institution ?" (Finch et Groves, 1982).

Ces questions sans réponse sont le résultat inévitable d'une approche fragmentaire du soin, dans laquelle le travail et l'amour sont analysés séparément. Elles touchent également à un problème plus fondamental. Comme dans d'autres domaines du monde social, il est possible qu'en fragmentant l'expérience du soin en ses deux composantes, ses qualités les plus distinctives et les plus convaincantes aient été perdues. Bien que le processus de redécouverte ait commencé, il existe encore peu de preuves empiriques sur lesquelles fonder une perspective alternative.

Comme point de départ, ce chapitre a soutenu que le soin est vécu comme un travail d'amour. Contrairement aux contrats de travail négociés par le biais du lien monétaire, le soin est un rôle professionnel dont la forme et le contenu sont façonnés (et continuellement remaniés) par nos relations sociales et sexuelles intimes. Ce rôle de travail constitue par ailleurs la base sur laquelle les femmes négocient leur entrée dans ces relations intimes ainsi que dans les structures plus larges — de la communauté, de l'État et de l'économie — qui les entourent.

Ce que soutient ce chapitre, c'est que l'expérience du soin est le moyen par lequel les femmes sont acceptées dans et se sentent appartenir au monde social. C'est le moyen par lequel elles sont admises à la fois dans le monde privé de la maison et dans le monde public du marché du travail. C'est à travers le soin dans un cadre informel — en tant que mères, épouses, filles, voisines, amies — et dans un cadre formel — en tant qu'infirmières, secrétaires, nettoyeuses, enseignantes, travailleuses sociales — que les femmes entrent et occupent leur place dans la société.

Si cette compréhension de l'expérience du soin est correcte, alors cela suggère que nous devons commencer notre analyse en reconnaissant que le soin définit à la fois l'identité et l'activité des femmes dans la société occidentale. Il définit ce que cela fait de se sentir femme dans un ordre social dominé par les hommes et capitaliste. Les hommes négocient leur position sociale par ce que l'on reconnaît comme du "faire", basé sur la "connaissance" qui leur permet de "penser" et de s'engager dans des "travaux qualifiés". La position sociale des femmes est négociée à travers une autre forme d'activité appelée "soin", un soin non pas informé par la connaissance, mais par "l'intuition" grâce à laquelle les femmes trouvent leur voie dans des emplois "non qualifiés". Ainsi, le soin n'est pas quelque chose à la périphérie de notre ordre social ; il marque le point où les relations entre capital et genre se croisent. Ce devrait être le point de départ, et non la conclusion, de notre analyse de la société moderne. Comme le note Stacey (1981, p. 189) :

« Nous ne pourrions jamais comprendre les processus sociaux qui nous entourent tant que nous nierons tacitement ou ouvertement le rôle joué par ceux qui donnent

et reçoivent des “soins” et des “services”, les victimes des processus de socialisation, les travailleurs non rémunérés dans les processus de production et de reproduction.  
»