

Congrès AFSP 2009

Section thématique 22

Les formes contemporaines de la biopolitique : Etats, « nouvelle santé publique » et politiques comparées

Axe 1

Barbara Lucas
Département de science politique
Faculté SES
Université de Genève
40 Pont d'Arve
1205 Genève
tel : 022 379 89 52
barbara.lucas@unige.ch

Politiques du care et gouvernement de la vie **Une typologie des pratiques locales en Suisse**

1. Introduction

Depuis une quinzaine d'années, les gouvernements européens sont confrontés à de nouveaux problèmes, comme l'explosion des démences séniles ou le manque de place d'accueil pour les petits enfants¹. La prise en charge des personnes dépendantes -quel que soit leur âge- est une tâche quotidienne et exigeante : assurer une présence, accompagner dans des déplacements, aider au ménage, à la toilette, au repas, autant de tâches à l'égard desquelles les communautés assument une responsabilité croissante. Dans le cadre d'Etats sociaux historiquement marqués par le modèle du *Male Breadwinner* (Lewis 1992), la dépendance relevait principalement de la sphère privée, les femmes assumant la majeure partie des soins. Plus ou moins soutenues par l'Etat, les institutions (homes pour personnes âgées ou handicapées, crèches) ont progressivement offert une alternative à la prise en charge à domicile. Aujourd'hui, ce régime est confronté à ses limites. Le vieillissement de la population, le travail des femmes, la flexibilisation et la précarisation de l'emploi, la modification des structures familiales imposent de revoir fondamentalement l'organisation du soin - ou « social care »².

Cette remise en cause politique a plusieurs dimensions concernant directement la Suisse. Pour les néo-institutionnalistes, la dépendance apparaît comme un « nouveau risque social » qui questionne la viabilité financière et politique des systèmes de protection sociale. Ainsi, la Suisse a pu être qualifiée de « vieil Etat social » (Bonoli 2004 : 159) : elle dépense essentiellement dans le financement de « vieux risques », la santé et les pensions pour

¹ **Remerciements**

² Daly et Lewis (2000) font référence aux « activities and relations involved in meeting the physical and emotional requirements of dependent adults and children, and the normative, economic and social frameworks within which these are assigned and carried out ».

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

personnes âgées et handicapées, et se distingue par son faible investissement dans les services aux personnes et la politique familiale³. Pour les féministes, le care est chargé de valeurs « féminines » et à ce titre socialement dévalorisé. Malgré ses récentes percées en matière d'égalité, le régime de genre suisse reste là aussi marqué par ses traits conservateurs (Giraud, Lucas 2008). Toutefois, l'actualité politique du care ne renvoie pas uniquement à l'implication de l'Etat dans l'économie du bien être ou à la structure des inégalités de genre. Elle questionne aussi la façon les politiques sociales gouvernent les individus concernés. En Suisse, l'institutionnalisation du care a historiquement visé la protection des plus vulnérables ou au plus démunis - souvent sur un mode paternaliste et reposant des normes rigides en termes de modes et parcours de vie. A l'heure actuelle, ces institutions se révèlent largement inadaptées à la diversité et la discontinuité des trajectoires de vie (Lévy 2009). Dans cette perspective, l'objectif de ce article est d'explorer la façon dont les politiques publiques du care contribuent à façonner l'existence des personnes dépendantes et de leurs proches. Pour ce faire, je me base sur la vivacité et la diversité des expériences locales en Suisse. Fortement mobilisées en matière de dépendance (Le Bihan, Martin 2006, Giraud, Lucas 2009), ces politiques publiques locales actuelles représentent autant d'alternatives pour l'avenir.

Dans une acceptation large du concept de care, Sevenhuijsen (2003 : 181) évoque « the maintenance of body, soul and relationship that lies at the base of good human functioning ». A ce titre, le care peut être rattaché à la sphère de la biopolitique - entendue de manière générique comme la régulation de la société par une administration de la vie humaine (Dean 1999).⁴ Ce bio-pouvoir sera saisi ici dans sa double dimension suggérée par Foucault : comme un mode de contrôle de la société qui s'appuie sur le vivant et comme un discours qui prend la vie pour objet. D'un point de vue empirique, je me base sur la comparaison des politiques de six villes suisses (Bâle, Frauenfeld, Fribourg, Genève, Lugano, Sierre) effectuée dans le cadre d'une recherche collective du PNR52⁵. Les politiques analysées incluent trois domaines: la petite enfance, le handicap et la dépendance des personnes âgées. Cette approche est originale : le plus souvent, les travaux comparatifs considèrent une ou deux situations de dépendance -la petite enfance et la vieillesse, ignorant le cas du handicap. De fait, aucune typologie à ma connaissance n'intègre les trois âges de la vie⁶. Or, travailler avec un concept holiste permet de transcender ses différents domaines pour se rapprocher de ce qui fait la spécificité du care et saisir les approches de la dépendance à différents moments du parcours de vie (petite enfance, âge adulte, grand âge).

³ Cette situation s'explique notamment par le fédéralisme et l'importance du principe de subsidiarité. Dans le domaine du bien être en effet, un pouvoir de définition et de mise en oeuvre important est laissé aux cantons et aux communes, mais aussi aux organisations privées. Par ailleurs, les politiques familiales nationales, d'inspiration catholique, ont traditionnellement compté avec une implication forte de la famille en matière de soin.

⁴ « Bio-politic is a politics concerning the administration of life, particularly as it appears at the level of population (...). From this perspective, bio-politic is concerned with the family, with housing, living and working conditions, with what we call « life style », with public health issues, pattern of migration levels of economic growth and the standards of living. » (Dean 1999 : 99).

⁵ « Régime de prise en charge des personnes dépendantes et styles politiques en Suisse. Comparer et expliquer les configurations régionale helvétiques ». Programme National de Recherche (PNR). 52. Fonds National de la Recherche Scientifique. Berne. http://www.nfp52.ch/f_dieprojekte.cfm?Projects.Command=details&get=6. L'enquête a été menée entre 2004 et 2006 ; certaines données ont été actualisées.

⁶ Suite aux critiques formulées au début des années 90 (Lewis 1992), les typologies des Etats-providence intègrent la dimension du genre (Lewis 1993, 1997) ou se concentrent spécifiquement sur la notion de « care » (Antonen et Sipilä 1996, Lewis 1998, Martin, 1998, Daly Rake 2003, Rostgaard 2002). Les analyses comparatives sont centrées sur les petits enfants (Letablier, Jönsson 2005, Hantrais, Letablier, 1996 ; Jenson, Sineau, 1998), les personnes âgées dépendantes (Evers, Svetlik 1993, Martin 2003, Theobald, 2005, Bureau and al. 2006,) ou, plus rarement, le handicap (Stone, 1986). Quelques typologies tiennent compte simultanément des jeunes enfants et des personnes âgées (Antonen and Sipilä 1996, 2005 ; Lewis 1998, Saraceno 2000, Rostgaard 2002, Daly, Rake 2003).

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

Dans une première partie, je propose d'inscrire le domaine du care dans le cadre de la réflexion actuelle sur le biopouvoir. Puis, je trace les grands traits d'un cadre d'analyse permettant la comparaison des politiques du care en tant que mode de gouvernement et de définition de la vie. Les principaux résultats empiriques issus des villes suisses sont ensuite exposés succinctement. Sur cette base, trois types de politiques peuvent être esquissés, témoignant de la diversité des formes contemporaines de biopolitique. En conclusion, je reviens sur ces différents modes de gouvernement de la vie et discute leurs implications normatives.

2. Care et biopouvoir

Michel Foucault a identifié le lien consubstantiel entre les enjeux du vivant et le gouvernement moderne; il a également contribué au déplacement des théories de l'Etat -d'une réflexion sur sa nature et sa légitimité vers la question de ses pratiques (Lascoume 2004). Selon lui, les sociétés occidentales auraient assisté à une transformation radicale du pouvoir depuis le XVII^{ème} siècle: du simple droit de donner la mort, on serait passé à un pouvoir sur la vie - ou biopouvoir (Foucault 1976). Dès l'âge Classique, un ensemble d'institutions (écoles, asiles, casernes, ateliers) et de réflexions sur la tactique ou l'apprentissage *disciplinent les corps* à travers un quadrillage de «surveillances infinitésimales». Au milieu du XVIII^{ème} siècle, la bonne croissance de la population devient un enjeu politique, dans un contexte de concurrence entre les nations; les États tentent alors de maîtriser la natalité ou la santé publique par des « *mesures massives* » de *contrôle* - encadrées par de nouveaux savoirs: l'économie ou la démographie. Au XIX^{ème} siècle, ces deux pôles viennent s'articuler dans une série de dispositifs concrets de contrôle⁷.

L'avènement récent des biotechnologies a remis le biopouvoir à l'actualité. D'un côté, l'explosion scientifique suscite des espoirs fous, mêlant fantasme de la perfection et rêve d'immortalité⁸. De l'autre, l'histoire récente (eugénisme du début du 20^{ème} siècle et permanence des pratiques de stérilisations forcées, actualité du génocide) laisse craindre le pire. Dans cette veine, les philosophes actuels du bio-pouvoir (Agamben, Hardt et Negri notamment) pointent les menaces de dérive, théorisant la continuité entre les mécanismes dénoncés par Foucault et les formes contemporaines de pouvoir sur la vie. Plus concrètes et plus différenciées, les études de politiques publiques analysent la régulation des nouvelles technologies du vivant (par ex. Rose 2006, Buton/Petersen 2005, Rothmayer/Varone 2003), la nouvelle santé publique (Pertersen, Lupton 1996) ou le «gouvernement des corps» (Fassin, Memmi 2004), prenant la mesure des enjeux contemporains du gouvernement de la vie. Ainsi, réactualisant la pensée de Foucault, Rabinow et Rose (*op cit.*) identifient aujourd'hui le biopouvoir à l'articulation de trois éléments: un ensemble de discours de vérité ayant la vie humaine pour objet et pour horizon, un ensemble de relations de pouvoir qui s'appliquent à la vie et au nom de la vie, et des modes de subjectivation à travers lesquels les individus définissent leur propre existence. Comme nous allons le voir, le domaine de la prise en charge de la dépendance - le care- peut être lui aussi être pensé en ces termes. En effet, définir les modalités de prise en charge des situations de dépendance, de la petite enfance à la mort, c'est participer - directement ou indirectement- à un gouvernement de la vie et de ses trajectoires.

⁷ Dans le domaine de la sexualité notamment, ou de la lutte contre l'alcoolisme.

⁸ A l'image du succès sans frontière du roman de Michel Houellebecq (1998), *Les particules élémentaire* Paris, Flammarion - dans lequel, cyniquement, seule l'évolution des connaissances bio-moléculaires permet de sortir la société de son état de déliquescence, n'engendrant rien moins qu'une nouvelle humanité.

Le concept de care: du travail domestique féminin à la préservation de la vie

Sans équivalent en langue française, le terme de care fait à la fois référence à la notion de soin, de prise en charge et d'affection (Martin, 1998 : 361)⁹. Historiquement, ce concept a fonctionné de différentes façon dans le champ des politiques sociales. En premier lieu, comme le rappelle Marie-Thérèse Letablier (2001), la référence au care a permis la thématisation du travail domestique et non rémunéré¹⁰. Le care désigne alors une activité féminine, informelle, menée dans le huis clos des familles: la face cachée de l'Etat social. Ainsi armée, la critique féministe de la dimension patriarcale de l'Etat dévoilera les mécanismes qui font de la protection sociale un instrument de domination masculine en assignant les femmes aux tâches de reproduction sociale (Lewis 1993, Orloff 1993), tandis que les qualités morales liées au care seront elles mises en avant par un féministe post-maternaliste défendant une éthique de la sollicitude (Gilligan 1982).

Rapidement toutefois, des auteures scandinaves pointent le fait que l'Etat -à travers ses prestations directes de care- peut aussi jouer un rôle émancipateur vis à vis des femmes (*women-friendly welfare state*, Hernes 1987). Ces résultats initient dans les années 1990 une série de travaux comparatifs sur l'organisation publique de la prise en charge extra familiale des enfants et des personnes âgées, qui permettront de resituer les inégalités de genre dans le contexte des différents régimes d'Etat sociaux (Sainsbury 1994). Ainsi, le concept de care a aussi permis de penser l'Etat social autrement que dans ses relations exclusives avec le marché du travail et ses droits affiliés -obligeant à prendre au sérieux les rapport que l'Etat entretient avec les sphères informelles de la société, notamment la famille.¹¹

A ce jour, le concept de care a donc fourni une lunette utile pour observer de manière différenciée le redéploiement des Etats sociaux européens. Il a servi d'outil pour dénoncer les inégalités structurelles grevant la protection sociale, d'un point de vue féministe notamment. Aujourd'hui, il semble évoluer dans un sens plus inclusif mais aussi plus universel. Suite à l'ouvrage de Tronto (1993) par exemple, les valeurs liées au care transcendent les rapports de genre (Laugier/Paperman 2006, Kershaw 2007)¹² et le care renvoie à des activités liées à la préservation de la vie en général. Cette évolution semble fait écho à la référence croissante à un fondement humaniste de l'assistance en terme de « droits humains » ou de « dignité humaine »¹³. A l'instar de la diffusion du paradigme biologique dans le champ de la santé publique, ces évolutions peuvent laisser miroiter l'avènement d'une éthique égalitaire, escamotant le fait que même dans le cadre d'une interprétation humaniste du care, l'existence des individus reste soumise à des jugements de valeurs constants et conflictuels (voir Rose 2001).

⁹ Dans la littérature internationale, le care apparaît comme un champ d'étude en pleine expansion - notamment dans les pays anglo-saxon - mais aussi en France, où cet anglicisme a été largement adopté (par ex. le numéro 2 de la Revue française de socio-économie (2009) : « Le care : entre transaction familiale et économie des services », ou les récentes traduction de Gilligan (2008) : *Une voix différente : pour une éthique du care ou de Troton* (2009) « *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* », voir aussi aussi Paperman (2005), Cresson/Gadrey 2004, Martin 2003, Le Tablier 2001).

¹⁰ Les concept de *unpaid work* et de travail ménager (*housework*) sont alors avancés dans le champ des sciences sociales (Oakley 1974).

¹¹ Ainsi, une critique féministe de la typologie de Esping Andersen (1990) portait précisément sur le peu d'attention accordée à la famille. Prenant acte, ce dernier a par la suite modifié son approche en conséquence (Esping-Andersen 2002).

¹² « I argue that we need to stop talking about « womens' morality » and start talking instead about a care ethic that includes the value traditionnaly associated with women ». (Tronto 1993 : 3)

¹³ Ainsi en Suisse, le nouvel article 12 de la Constitution fédérale de 1999 à propos de l'assistance stipule que « quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine ».

Trois définitions de la vie contestées

Revenant sur son concept de biopolitique, Michel Foucault écrivait: « J'entendais par là la manière dont on a essayé, depuis le XVIII^{ème} siècle, de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, race...» (Foucault 2004 : 323). Contrastant l'existence biologique de la population avec celle, juridique, de la souveraineté - caractérisant la période précédente, la référence à cet « ensemble de vivants » peut faire oublier facilement que le « vivant » en question est un concept controversé.

De fait, les débats actuels laissent apparaître trois champs différenciés de conflits autour du contrôle et de la définition de la vie. En premier lieu, la vie est saisie en *références aux molécules qui la constituent*. Nous parlerons ici d'une forme de vie incarnée. Loin de consacrer un déterminisme biologique pourtant, la diffusion du paradigme moléculaire contribue à une somatisation de la construction de soi et à une réappropriation de son identité par un remodelage du corps (Rose 2001).¹⁴ Vitamines, calmants, mais aussi lifting, piercing ou cosmétiques envahissent le marché. Dans un mouvement symétrique, les techniques d'identification et de contrôle et des citoyen(e)s s'appuient toujours plus sur la biométrie. Dans le domaine du care, cette appréhension de la vie humaine dans sa dimension physiologique ou incarnée prend la forme d'une somatisation des problèmes, d'une médicalisation des soins et, de manière générale, participe à la quête d'une sortie technique des situations de dépendance (par exemple grâce au développement de moyens auxiliaires performants pour les personnes handicapées ou âgées).

Mais la vie est aussi discutée en termes ontologiques : ce sont alors *ses frontières* mêmes qui sont questionnées. Cette délimitation des bornes marquant le commencement et la fin de l'existence humaine génèrent des conflits violents : les débats autour de la procréation médicalement assistée, l'avortement, l'assistance au suicide, l'euthanasie, révèlent des tentatives de circonscription - mais aussi de main mise par différents groupes sociaux - sur la « vie en soi » (*life itself*), pour reprendre le concept de Rose (2006). Dans le domaine du care, on peut lire en ces termes les conflits autour de situations de coma prolongé ou de fin de vie dans lesquelles la légitimité même du maintien en vie est questionnée, ou dans lesquels la personne lourdement dépendante revendique son droit à mourir. Tous ces cas témoignent d'une volonté croissante de « maîtriser l'aléa biologique » aux différentes étapes de la vie (Memmi 2000).

Enfin, les trajectoires de vie sont elles-aussi des objets de revendications et de gouvernement. Nous parlerons ici de *vie vécue*, pour évoquer le caractère construit et contingent des parcours individuels et collectifs. Dans ce cas, la vie est définie d'abord en termes relationnel - dans la mesure où il s'agit d'une expérience dont le sens est donné collectivement¹⁵. Ainsi, les parcours individuels font l'objet d'un récit de vie, qui sera validé par l'Etat s'il est jugé légitime (Memmi 2004). Par ailleurs, les individus partageant une position de risques moléculaires ou physiologiques similaires se regroupent, leurs spécificités physiologiques générant ce que Rabinow (1996) a nommé une *bio socialité*. A cet égard, le domaine du care est particulièrement dynamique. Ancrée dans des rapports de genre et de classe, la relation de dépendance est en effet aussi caractérisée par une asymétrie structurelle, qui a favorisé la mise en place de rapports paternalistes; un équilibre aujourd'hui contesté. En Suisse, on assiste la montée des enjeux relatifs à l'émancipation des personnes dépendantes et la volonté des personnes concernées -les proches notamment-

¹⁴ Rose fait référence à une individualité somatique « somatic individuality ».

¹⁵ Comme le soulignait Norbert Elias, la quête solitaire du sens de la vie est vouée à l'échec: «Ce qui constitue le sens, c'est une multiplicité d'hommes vivants en groupes, qui dépendent les uns des autres et qui communiquent entre eux. Le sens est une catégorie d'ordre social » (Elias 1988: 73).

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

de se poser comme acteurs et sujets du gouvernement de leur vie. Le cas du handicap est à cet égard exemplaire (Giraud, Lucas 2007).

Ainsi, les politiques en matière de care contribuent à redéfinir la vie au sens le plus large -à savoir dans sa forme incarnée ou dans ses frontières, mais aussi -et c'est ce qui nous occupera ici- en tant qu'*expérience et parcours* dont le sens est cherché et attribué collectivement. Suivant l'approche suggérée par Rabinow et Rose (2003), c'est au niveau des politiques publiques concrètes -entendue comme champs de régulation et de contestation -que je chercherai, dans le cas particulier du care, à identifier ces formes contemporaines de gouvernement de la vie.

3. Politiques du care et gouvernement de la vie

En lien avec le domaine du care, le bio-pouvoir peut être considéré dans sa double dimension suggérée par Foucault : d'une part comme un « mode de gouvernement » de la société reposant sur la régulation de l'aide aux personnes dépendantes; d'autre part comme un « discours de vérité » dans lequel la vie des personnes dépendantes et de leur proche apparaît comme un objet de connaissance et de légitimation.

Politiques du care et modes de gouvernement

Dans un premier temps, Foucault relie l'émergence de la biopolitique au seul développement de l'Etat¹⁶ avant de reconnaître qu'une grande partie des régulations s'effectue à un niveau sub-étatique (Foucault 2003). Toutefois, le concept de « biopolitique déléguée » avancé par Memmi (2004) ne suffit pas à rendre compte de la complexité des arrangements locaux concrets en matière sociale. Après une période de stabilité caractérisée par des « welfare mix organisés », des configurations d'acteurs plus volatiles mais aussi plus créatives se redessinent en effet en Europe (Bode 2006). Dans le champ du care, les travaux comparatifs européens confirment la variabilité des types de prestations mobilisées (Bettio/Plantega 2004, Anttonen/Sipilä 2005, Pavolini/Ranci 2008). Dans ce contexte, saisir les régimes de care de façon intégrée reste un défi pour la recherche (Roostgaards 2002, Lyon/Glucksman 2006).

La structure des réseaux locaux de care

L'approche relationnelle développée par Bütschi et Cattacin (1994) est adaptée à l'analyse des réseaux de care locaux. Le champ du social y est identifié non pas comme un secteur prédéterminé, mais « par les limites de ses effets ou, en d'autres termes, par le réseau de relations qu'il produit » (op.cit : 42). En l'occurrence, la présence *des acteurs publics* dans les réseaux du care dépend du degré et du type de responsabilisation collective en la matière. Les valeurs et traditions dans un domaine considéré comme privé diffèrent sensiblement en Europe (Pfau-Effinger 2005) y compris au niveau local. L'intervention de l'Etat influence de ce point de vue la segmentation des marchés de l'emploi du care¹⁷. Les *associations* quant à elles jouent un rôle décisif du point de vue de l'adéquation des politiques aux besoins des personnes concernées. Elles représentent des médiatrices entre l'Etat et ses citoyens ou entre les programmes étatiques et leurs destinataires. De fait, elles pallient souvent les lacunes de l'offre publique ou du marché, répondant au plus près de la vie des personnes concernées. Enfin, ces acteurs s'adressent à différentes catégories de population de façon plus ou moins

¹⁶ Foucault distingue deux niveaux de régulation par l'Etat : le niveau micro des « surveillances infinitésimales » et le niveau « macro » du contrôle des populations.

¹⁷ Comme le soulignent Letablier et Eydoux (2009), le secteur de l'accueil des enfants est particulièrement segmenté, opposant une « logique professionnelle des métiers des structures collectives à la logique domestique des emplois du domicile ».

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

spécialisées. Ils et se caractérisent, de ce point de vue, par le *degré de polyvalence* de leurs activités. Ainsi, certaines associations ciblent les malades Alzheimer, tandis que d'autres offrent des services à domicile tant aux enfants qu'aux personnes âgées.

Depuis une dizaine d'année, la plupart des pays européens ont reconnu la nécessité de coordonner l'offre des réseaux de care – afin de couvrir les besoins à la fois complexes et évolutifs des personnes souffrant de maladie chronique ou de handicap par exemple. La coopération entre services sociaux et services de la santé notamment est indispensable; malgré une volonté politique marquée, les résultats sont souvent loin de ceux escomptés et l'intégration des soins (*integrated care*) au niveau local reste un défi (Kümpers 2005). En Suisse, l'importance des associations dans le champ du care soulève la question de la stabilité des réseaux. En effet, les organisations intermédiaires sont en position particulièrement instable dans la mesure où elles sont en tension entre les différentes rationalités qui orientent leur action -marchande, étatique, informelle (Evers 1990). Elles oscillent entre coopération, assimilation (domination d'une logique bureaucratique ou marchande) ou exclusion. Dans ce contexte, les force des règles structurant les interactions entre les acteurs (par exemple directives étatiques ou négociation) est décisive pour la stabilité du champ.

Les instruments du care et leur rationalité

Tâche quotidienne et exigeante, le travail de care est investi d'un fort contenu émotionnel¹⁸. Bien que relevant en partie de la sphère d'intimité, une relation d'aide se définit toutefois dans le cadre d'un système d'attribution de responsabilités, d'obligations et d'opportunités. De ce point de vue, les instruments d'action publiques jouent un rôle déterminant. Ils contribuent à identifier, définir et légitimer les besoins des personnes concernées: des besoins en temps, en argent, en services, mais aussi en terme de « *capacity building* » (Daly 2009). Un instrument «consiste en un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (Lascoume, Le Galès 2004 : 13). Concrètement, certains privilégient la persuasion, d'autres la codification, la réglementation et le contrôle ; certains organisent la prestation de service, d'autre la délègue; certains aménagent l'attribution de ressources financière directes aux personnes ou aux organisations, d'autres s'adressent au comportement individuel ou à son contexte (logement, transport, revenu).

Dans le champ du care, la rationalité qui sous-tend l'usage des instruments renvoie en premier lieu aux *modalités d'intégration* supposées des personnes concernées dans les cadres de références activés par le politique¹⁹. Ainsi, la famille, les relations de proximité (voisinage, communauté), le marché, l'Etat, le monde associatif sont associés à des formes particulières d'inclusion de l'individu dans le groupe (Streeck, Schmitter 1985) comme la relation affective, les liens familiaux ou la citoyenneté. Ces formes imposent à leur tour des normes de comportements à l'individu –loyauté familiale, solidarité de proximité ou communautaire, participation citoyenne.

Les instruments ciblent aussi les catégories de bénéficiaires. Les présupposés sur le rôle attendu des proches notamment sont ici décisifs. En Suisse, «l'épouse qui agit en pivot de l'entraide, à tel point d'ailleurs que l'on se demande s'il ne serait pas plus légitime de

¹⁸ Hochschild (1983) parle de « travail émotionnel » ou *emotional labor* pour évoquer les métiers dans lesquels le sentiment est requis (même s'il n'est pas ressenti) tandis que Folbre (1981) pointe l'affection et l'attachement qui se développent par la pratique même du care et en viennent à « emprisonner » la personne qui dispense le care (*prisoner of love*) –dans l'impossibilité de renoncer à sa tâche, même mal payée ou dévalorisée. Pour une revue des théories du travail du care, voir England (2005).

¹⁹ Ainsi selon Foucault, l'avènement de la population comme objet de gouvernement va de pair avec une reconsidération du rôle de la famille qui « de modèle va devenir instrument » (Foucault *** : 652).

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

parler de solidarité entre femmes que de solidarité de parenté ! » (Kellerhals, Widmer, op cit : 108)²⁰. La valorisation sociale de cette aide informelle est modulée par des instruments d'action publique comme les congés parentaux par exemple, qui peuvent contribuer à la pérennisation comme à la subversion des rapports de genre. Dans cette perspective, la reconnaissance du travail informel de care pose la question de l'étendue et du contenu des droits sociaux en vigueur: droit à pouvoir bénéficier d'une aide en cas de dépendance mais aussi droit à pouvoir se consacrer à soigner un proche (Knij/Kremer 1997).

Enfin, les individus comme les organisations sont engagés dans un rapport plus ou moins participatif et négocié avec l'acteur public, notamment quant à la définition des besoins des personnes dépendantes et de leurs proches ou aux savoirs faire mobilisés dans la relation de soin. De ce point de vue, à travers l'usage qui en est fait, les instruments peuvent contribuer à reproduire une logique paternaliste dans le champ du care ou au contraire, à favoriser une forme d'empowerment des acteurs (Delcroix 2009).

Politiques du care et définition de la vie

La biopolitique vise l'optimisation de la vie des populations (Dean 1999 : 100). Dans cette perspective, la vie telle qu'elle est vécue par les individus n'est pas uniquement un objet de contrôle, elle est aussi objet de normalisation. Par le jeu des institutions, des instruments et des prestations concrètes dispensées, les politiques locales du care cadrent et définissent les normes de la « bonne vie » des personnes dépendantes et des aidant-es, notamment quant à leur degré de socialité. Elles façonnent et valident aussi les parcours légitimes, contribuant à organiser la segmentation sociale des trajectoires de vie (sexe, âge, origine, revenu, génération).

Ambivalence sociale du care

On l'a vu, la référence foucauldienne l'« ensemble de vivants » constituant une population tend à faire oublier l'« ambivalence sociale » de chacun, à savoir le caractère social de toute individualité (Lüscher 2002). Les relations de care sont à cet égard significatives. En effet, la vie des aidants comme celle des aidés est prise dans un double champ de tension : d'une part entre dépendance et autonomie et d'autre part entre vie privée (intime) et vie sociale.

Connotée négativement, la dépendance s'oppose en effet à l'idéal libéral d'un citoyen *autonome*²¹. L'individu dépendant peut donc être renvoyé à ses manques ou, au contraire, implicitement soumis à un devoir d'émancipation. Dans la littérature sur le care, le concept de dépendance est souvent naturalisé et rarement problématisé. Il est fait référence à la situation de dépendance physique, dans le cadre de laquelle le care apparaît comme « l'action d'aider un enfant ou une personne adulte ou âgée dépendante pour le déroulement de sa vie quotidienne » (Letablier 2001: 21). Dans ce contexte, peu de place est laissée à une réflexion en terme d'autonomie. Par ailleurs, un glissement assimile souvent la perte d'autonomie physique à une faiblesse au niveau de l'auto-détermination de la personne (Lucas 2008) -qui renvoie à la capacité de l'individu à décider par et pour lui-même, à faire ses propres choix et à assumer ses responsabilités.

Les politiques du care contribuent à fixer les termes du rapport entre dépendance et autonomie des personnes concernées, dans le cadre de la définition et de la mise en oeuvre des diverses prestations de soin et d'accompagnement. S'agit-il, par exemple, de consacrer

²⁰ Sont évoqués ici l'entraide familiale en matière de garde d'enfant ou d'aide domestique

²¹ Cette tension entre dépendance et autonomie n'est pas spécifique aux cas extrêmes (comme le petit enfant et le malade Alzheimer). Tout individu, y compris le plus « autonome », est en effet enserré dans un réseau d'allégeances et de dépendances – affectives, technologiques, économiques, ou sociales.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

la dépendance d'une personne handicapée en « faisant à sa place » ou, au contraire d'accroître sa marge d'action et de décision ? S'agit-il de renforcer la responsabilité des proches à l'égard des vieillards dépendants ou au contraire de l'alléger ? Au quotidien, le degré d'émancipation des personnes *dans le cadre d'une situation de dépendance* dépend largement de la façon dont ces dilemmes sont tranchés politiquement.

La seconde tension concerne le *pôle intime et le pôle social de la vie vécue*. Dès leur formulation en effet, les politiques sociales ont été confrontées à des formes « semi-socialisées » de dépendance (comme l'incapacité à travailler avec la mise en place d'ateliers protégés, Fraser/Gordon 1997) renvoyant à des formes d'insertion sociale extra familiale. Les politiques du care actuelles adressent aussi cette possibilité d'accéder et de participer à la vie sociale et à des espaces publics ou semi publics. Par ailleurs, le travail de care se caractérise par le degré de proximité qu'il requiert. Les personnes dépendantes nécessitent en effet -à des degrés divers- d'être accompagnées dans les actes les plus intimes de la vie quotidienne (se nourrir, se laver). Or, le terme même de dépendance tend à replier l'existence sur sa dimension incarnée, sur le rapport au corps et à ses déficits. Dans ce contexte, le concept de vie vécue vient rappeler que même dans le cadre d'une situation de dépendance sévère, la maîtrise de l'intimité (intimité corporelle, espace privatif, sphère du secret) reste un enjeu de pouvoir. Le respect de cette sphère fut d'ailleurs parfois mis à mal par les institutions collectives d'hébergement (asiles, maisons de retraite)²².

Politique du care et parcours de vie

Comme Foucault l'avait pressenti, l'objet « vie » peut se décliner suivant un parcours: «C'est sur la vie maintenant, et tout au long de son déroulement, que le pouvoir établit ses prises » (Foucault 1976 : 182)²³. Les moments de transitions de l'existence se révèlent cruciaux de ce point de vue : liés à l'actualisation d'un risque de dépendance (accident, maladie) ou à l'expression d'un choix (naissance), ils représentent autant d'espaces de régulation pour l'Etat moderne (Mayer/Schoepflin 1989). Lors de l'établissement d'une relation d'aide, les personnes concernées se positionnent alors l'une en fonction de l'autre, ce qui lie de fait leur trajectoire de vie.²⁴ Ainsi, en Suisse, la naissance d'un enfant contribue à une sexualisation des trajectoires professionnelles (Lévy 2006). Or, ni l'hypothèse de la standardisation, ni celle de la variabilité extrême postulée par l'individualisme ne permettent de rendre compte la structuration des parcours de vie en « trajectoires-types » (Widmer and al. 2003). De fait, les trajectoires se constituent à l'articulation complexe de dimensions différentielle et séquentielle.

Dans ses aspects différentiels, le cours de la vie renvoie à l'existence de trajectoires dépendantes du contexte social, institutionnel, économique (Mayer 2004). Celles-ci sont en effet tributaires d'un ensemble de contraintes et d'opportunités objectives ou perçues – qui varient selon le genre, l'origine, l'âge ou la classe sociale. Les politiques influencent par exemple les trajectoires d'exclusion, notamment dans le cas des personnes âgées (Cavalli 2007, Theobald 2005). De ce point de vue, les politiques du care sont porteuses d'une vision de la *diversité possible* des trajectoires de vie (plus ou moins grande standardisation, coïncidant avec une stigmatisation des personnes au parcours « hors normes par

²² Dans un modèle « d'institution totale » décrite par Goffman (1961) - même si la réalité est plus différenciée aujourd'hui (Cavalli and al. 2007).

²³ Cette vision linéaire de l'existence doit beaucoup à la transformation récente de nos représentations de la vie et de la mort, entendues comme les étapes d'un processus naturel incontournable mais néanmoins contrôlable (Elias 1988).

²⁴ Comme le souligne Lévy et son équipe (Lévy/Pavie Team 2005), le concept de « linked lives » (Elder 1995) remplace la dimension relationnelle, encore souvent occultée au profit d'une vision de l'individu comme monade, au centre de l'analyse.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

exemple »). Elles adressent aussi –directement ou non – la question de la *liberté de choix réelle* des personnes confrontée à la gestion d'une dépendance

Séquentiellement, l'organisation du care repose sur une série de coïncidences plus ou moins contraignantes entre *rôles sociaux et âges biologiques* (Elder 1994). D'une part, les normes en matière de soin diffèrent selon les besoins perçus des personnes dépendantes en fonction de leur âge – en matière d'autonomie et d'insertion sociale. Ainsi, les politiques de la petite enfance oscillent entre maternalisme et socialisation précoce liée au projet européen d'investissement social (Orloff, 2006 ; Jenson 2006) et celles du handicap véhiculent une image spécifique du bénéficiaire des rentes qui, parvenu à l'âge adulte, sera plus ou moins incité à s'insérer dans le marché de l'emploi (Giraud, Lucas 2007) ; enfin, les personnes âgées dépendantes seront perçues comme citoyennes à part entière ou subiront le discrédit d'une idéologie de « l'âgisme » (Rapin et al. 2004). D'autre part, au cours de leur vie, les individus peuvent être appelés à jouer des rôles successifs d'aidants ponctuels ou réguliers précisément liés à leurs âges respectifs. De ce point de vue, les *rappports entre générations* constituent une dimension cruciale du care (Attias-Donfut 1995)²⁵. Ainsi en Suisse, on note une forte verticalité des réseaux d'entraides familiaux et des soutiens concrets qui « circulent de haut en bas et de bas en haut des générations, bien plus qu'horizontalement » (Kellerhals, Widmer 2005 : 106-107)²⁶.

4. Politiques locales du care en Suisse: perspective comparative

Le fédéralisme et la tradition de subsidiarité helvétique, qui accorde aux communes et aux acteurs privés une place importante dans le champ du social, offre la possibilité d'explorer la diversité des politiques locales du care et, à travers elle, de saisir –de façon certes encore exploratoire- différentes modalités concrètes de gouvernement de la vie. Précisément, le choix des villes analysées (Genève, Bâle, Fribourg, Frauenfeld, Lugano, Sierre) repose sur le caractère diversifié de leurs politiques du care ainsi que de leur contexte culturel et socio-économique²⁷. Les données ont été récoltées en deux temps. Dans une première phase, quantitative, une enquête par questionnaire a été effectuée auprès des acteurs des trois domaines considérés (petite enfance, handicap, personnes âgées dépendantes) dans chacune des villes²⁸. Cette étape a permis la comparaison des réseaux d'action publique (acteurs, activités, degré d'intégration du réseau), donnant lieu à un premier regroupement des cas. Dans une deuxième phase, qualitative, trois villes ont été sélectionnées comme représentatives de leur groupe (Genève, Frauenfeld et Lugano) et ont fait l'objet d'études de cas approfondies²⁹. Le recours à l'analyse de contenu et à une approche interprétative permet de compléter les données factuelles en travaillant sur le sens attribué localement aux relations, activités et instruments. Les résultats présentés ici rendent compte succinctement de la

²⁵ On connaît la situation particulière dans ce contexte de la « générations pivot », les quinquagénaires (des femmes pour la plupart, mais pas seulement) éventuellement sollicitées pour leurs enfants, petits-enfants et parents vieillissants (**référence donnée par Oris**)

²⁶ Ces aides sont cependant de nature plus conjoncturelle que structurelle, la famille nucléaire étant considérée comme indépendante (Kellerhals, Widmer 2005 op cit.)

²⁷ Elles se situent dans des cantons aux traditions culturelle (romands, alémaniques et italophones), religieuse (catholique et protestant), politique (libérales conservatrice ou socio-démocrate) et socio-économiques (cantons plus ou moins urbains) contrastées.

²⁸ 668 questionnaires envoyés, taux de réponse 46%

²⁹ Je tiens remercier tout particulièrement Olivier Giraud qui a mené l'étude de cas de Frauenfeld, ainsi que Jenny Maggi, qui a réalisé celle de Lugano. L'étude genevoise a été effectuée par mes soins. Ces enquêtes reposent sur une revue de presse locale, l'analyse de la documentation et littérature ainsi que sur près de 60 entretiens semi-structurés auprès des principaux acteurs locaux.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

diversité des réseaux d'acteurs et des instruments mobilisés dans les villes analysées puis des différentes approches qui structurent les politiques de Genève, Frauenfeld et Lugano.

Réseaux d'action publiques et instruments

Les acteurs d'un réseau de care se distinguent en fonction de leur statut (public, privé *for profit* ou *non profit*, mixte) et par le caractère plus ou moins professionnalisé de leurs prestations. La place et le rôle de l'Etat dans le champ (en terme d'acteurs et de subventionnement notamment) indique une gestion plus ou moins formalisée du réseau. Ainsi, les *acteurs publics*, notamment le canton, occupent une place importante dans les réseaux de Sierre et de Lugano. Ils sont moins dominants, dans les agglomérations de Bâle, Genève et Fribourg où le réseau se caractérise par un plus grand équilibre entre les types d'acteurs. La part du secteur public se révèle enfin la plus faible dans le cas de Frauenfeld. Peu de prestations sont assurées directement par les collectivités.

La proportion des *organisations privées* dans le réseau est globalement la plus importante à Frauenfeld, qui comprend aussi le plus grand pourcentage d'acteurs privés marchands (18%). Faiblement subventionné, le secteur associatif repose pour beaucoup sur les activités bénévoles. A l'inverse, c'est à Sierre et Lugano que la proportion d'associations non lucratives est la plus faible ; ces acteurs, largement soutenu par l'Etat, recourent pour moitié au bénévolat. Enfin, dans les villes de Bâle, Genève et Fribourg on observe un secteur associatif local plus dense et diversifié, mais aussi plus professionnalisé. Le degré de *polyvalence des acteurs* indique, lui, un traitement plus ou moins intégré du care. Il est le plus important à Lugano (65%) et le plus faible à Bâle, Frauenfeld et Fribourg (environ 12%). Il se révèle en revanche moyen à Sierre et Genève (36% et 22%).

Enfin, il est possible de caractériser *les relations* entre ces acteurs en s'intéressant à la fréquence et au caractère inclusif des collaborations – ainsi qu'au type de règles caractérisant le fonctionnement du réseau. C'est à Sierre et Lugano que la coopération entre acteur apparaît globalement la plus intense, tandis que les réseaux des autres villes sont plus faiblement intégrés³⁰ - ceux de Frauenfeld se révélant particulièrement éclatés. Les études qualitatives confirment un besoin de coopération accru dans les trois domaines du care dans les cas de Genève et Frauenfeld. Depuis 2004³¹ le canton de Thurgovie cherche activement à développer l'intégration de la prise en charge des personnes handicapées³². De manière générale, dans chaque ville, l'intégration des réseaux est la plus marquée dans le domaine des personnes âgées (à l'exception de Lugano dont le réseau handicap est très bien intégré) et la plus faible dans celui de la petite enfance (à l'exception de Fribourg dont le réseau du handicap est encore moins intégré).

Les instruments d'action publique mobilisés dans ces réseaux sont de différents types. Les *prestations directes par la commune ou l'Etat* –places dans des homes par exemple- présentent le niveau maximum de régulation du soin et des situations de vie. Ces institutions publiques sont pratiquement absentes à Frauenfeld (sauf peut-être pour les personnes âgées les plus démunies), tandis qu'elles ont une histoire importante à Sierre et Lugano. Les ayants droits y sont déterminés selon des critères précis et plutôt rigides, liés notamment à leur revenus ou problèmes spécifiques. A Genève, ces instruments sont pensés de façon plus universelle; ils visent le plus souvent à garantir l'accessibilité au soin et

³⁰ Degré d'intégration :

³¹ Il s'agit de développer des *Zielgruppenverbund* (fédérations de prise en charge de groupes cibles) qui réunissent l'ensemble des acteurs intervenant auprès d'un groupe particulier. Un *Verbund* existe pour les personnes handicapées mentales.

³² Entretien responsable du service cantonal des foyers pour personnes handicapées, canton de Thurgovie, le 2 mai 2005.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

l'intégration sociale à tous, dans un esprit de « service public »³³.

Les *instruments de contrôle* des prestations collectives privées sont particulièrement développés à Frauenfeld –à l'exception du domaine de la petite enfance où la régulation est émergente. Ils doivent garantir qualité et sécurité aux bénéficiaires dans le cadre de prestations marchandes ou associatives développées mais non subventionnées. Les directives de qualité s'y révèlent détaillées et contraignantes. A Lugano (mais aussi à Sierre), les collectivités -le canton notamment³⁴- financent, organisent, voire cartellise les prestations privées – révélant une approche relativement intégrée du care. A Genève, en revanche, si les crèches sont pratiquement municipalisées, les institutions pour personnes âgées et handicapées sont sous le coup d'une rationalisation et surveillance relativement récente.

Les nouveaux instruments qui attribuent aux personnes dépendantes *des budgets prestations en cash* – permettant de rémunérer des proches ou de recourir à des services extérieurs sont développés à Lugano dans les trois domaines, où de nouvelles prestations financières cantonales (loi sur les allocations familiales de 1996) incluent depuis 2006 le remboursement des frais de garde externes pour les familles au revenu modeste³⁵. Depuis 2000, la loi sur l'assistance à domicile favorise aussi le financement des aidants informels ou professionnels pour les personnes âgées et handicapées. Des « budgets d'assistance » pour personnes handicapées ont été expérimentée par la Confédération avec succès dans trois cantons pilotes entre 2006 et 2009, dont le Valais et Bâle-Ville³⁶. Ce type de mesure n'est pas développée à Genève. En revanche, le canton propose des prestations complémentaires aux personnes âgées dépendantes en situation précaire. A Frauenfeld par contraste, on relève l'absence totale de prestation à destination des individus. Une volonté de *reconnaissance du rôle des proches* est ainsi notable à Lugano et Genève –bien que relativement récente et formelle encore à Genève concernant l'aide aux personnes âgées et handicapées (loi sur le réseau de soin et le maintien à domicile de 2008), alors qu'elle est absente à Frauenfeld. Genève fut aussi le premier canton à adopter une assurance maternité en 2001, devançant le projet fédéral tandis que le Tessin s'est distingué par son modèle d'allocation familiale solidaire dès 1996 (allocations complémentaires pour famille en difficulté et allocation pour la petite enfance). A Lugano, le canton encourage aussi directement le *volontariat*.

Enfin, des instruments *incitateurs et réflexifs* sont mobilisés partout -bien que de façon récente à Lugano³⁷. A Genève et à Frauenfeld, des recherches, des forums d'échange, des expérimentations³⁸ favorisent des apprentissages et contribuent à cerner les besoins collectifs³⁹. A Genève, l'innovation et la diversité des services sont soutenues par des incitations financières, ce qui n'est pas le cas à Frauenfeld : le canton de Thurgovie cherche plutôt à responsabiliser les individus ou les professionnels, s'appuyant sur des *instruments cognitifs* - information, persuasion, référentiels de bonnes pratiques. La *représentation* des personnes concernés est assez développée à Frauenfeld dans le domaine des personnes

³³ Par exemple les crèches, les EPSE (handicap), les services ambulatoires hospitaliers.

³⁴ Ainsi, le domaine de la petite enfance relève du canton au Tessin.

³⁵ La révision de juin 2002

³⁶ Le troisième canton est Saint-Gall. Ordonnance fédérale: http://www.admin.ch/ch/f/rs/831_203/index.html

³⁷ Dans le domaine de la petite enfance, la nouvelle loi pour les famille (Lfam) permet par exemple depuis 2006 de soutenir la libre initiative de la société civile ou des usagers (associations, groupes de parents).

³⁸ Un regroupement communautaire des structures (quartier) est encouragé à titre expérimental en matière de petite enfance par exemple.

³⁹ A l'image du forum sur les aidants informel, organisé en 2007 à Genève sous l'égide du département de la santé

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

âgées⁴⁰ et du handicap⁴¹ où le canton comme la commune ont installé des cadres d'expression régulier, mais pas dans celui de la petite enfance. A Lugano en revanche, les instruments de participation existent depuis longtemps dans les trois domaines (le rôle des conseils de parents est reconnu dans l'arène politique cantonale). A Genève, la participation des personnes concernées à l'élaboration des politiques fait partie du discours officiel, mais se révèle de fait peu effective⁴². Enfin, les instruments qui favorisent la *co-définition des besoins* sont développés à Genève (notamment dans le cas des personnes âgées à domicile) et à Lugano (associations de parents actives dans ce domaine ; loi sur l'aide à domicile de 2000 prévoyant l'implication des personnes handicapées dans la définition de ses besoins en interaction avec une équipe sanitaire et sociale).

L'offre de care et ses normes de vie

Les services offerts en matière de care sont porteurs de présupposés quant aux besoins des personnes dépendantes concernant leur besoin d'autonomie et de socialisation. Mais ces conceptions se déclinent différemment selon les catégories de bénéficiaires. Ainsi, en *matière de petite enfance* à Frauenfeld, l'essentiel du soin aux petits enfants revient aux familles et aux « mamans de jour »⁴³. La prise en charge individuelle à domicile est privilégiée, car on considère qu'elle permet une forte adaptation aux besoins des enfants⁴⁴. Les activités de jeu ou les crèches parentales en revanche sont isolées et ne sont pas soutenues par la commune⁴⁵. A Lugano, la prise en charge familiale est privilégiée mais complétée par une offre publique et un accueil précoce des enfants en milieu scolaire⁴⁶. A l'instar des « Nido d'Infanzia » gérés par les Instituts sociaux communaux, ces services sont toutefois marqués par leur origine assistancielle. Par contraste, à Genève, le réseau urbain est orienté clairement vers l'accueil extrafamilial. Les activités de prise en charge collective sont prioritaires et visent l'autonomisation des deux parents mais aussi celle des très jeunes enfants amenés à bénéficier ainsi d'une socialisation précoce.

Dans le *domaine du handicap*, la politique de Frauenfeld en appelle ouvertement aux capacités et aux responsabilités des individus dans une perspective d'activation. Le canton diffuse des référentiels valorisant le maintien dans l'autonomie des personnes handicapées (Gesundheitsamt Thurgau, 1999) et proclame que tous les invalides devraient pouvoir choisir librement leur mode d'hébergement et leur mode de vie⁴⁷. Toutefois, si l'habitat d'autonomie, les ateliers protégés, mais également les activités culturelles sont mises à disposition par des instances privées – elles sont peu soutenues par le public. A Lugano et à Genève, le domaine du handicap est orienté par une volonté d'intégration sociale des personnes (loi de 1979 pour Lugano, loi de 2003 pour Genève)⁴⁸ soutenue par des

⁴⁰ Le Seniorenrat de la commune de Frauenfeld se réunit régulièrement et rend des avis sur la plupart des enjeux de politique communale.

⁴¹ Ces procédures sont cependant considérées de façon critique par les acteurs du réseau qui estiment que les avis des organisations représentant le handicap ne sont guère pris en considération.

⁴² Ainsi, le rôle des parents dans la gestion de crèches formellement associatives mais *de facto* municipalisées a-t-il progressivement perdu son sens.

⁴³ A partir de 4 ans, les enfants peuvent accéder au réseau des *Kindergarten* de la ville qui est assez dense.

⁴⁴ Entretien responsable du service social, Commune de Frauenfeld.

⁴⁵ Entretien responsables association Spielgruppe Frauenfeld, 7 juin 2005.

⁴⁶ Dès 3 ans.

⁴⁷ Cf. note 9. Les documents cantonaux instaurant les *Zielgruppe Verbuende* énoncent une série de droits : à une place en institution, à une place en atelier protégé, mais aussi au libre choix de leur activité.

⁴⁸ Tessin : Loi sur l'intégration professionnelle et sociale des invalides, 1979. Particulièrement innovante, inclut des mesures relatives à l'emploi, le maintien à domicile, les appartements médicalisés; Genève : Loi sur l'intégration des personnes handicapées, 2003. L'Etat encourage l'intégration sociale, scolaire, professionnelle et culturelle (art- 1). Une commission pour l'intégration a aussi été créée.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

organisations privées qui proposent un accès au transports, à la culture et au loisirs.

Dans les fait, le réseau genevois reste caractérisé par l'importance accordée au modèle des ateliers protégés. La participation au monde du travail est traditionnellement encouragée⁴⁹. Par ailleurs, des expériences de « désinstitutionnalisation » des personnes susceptibles de vivre en appartements individuels sont menées dans une optique de promotion de l'indépendance⁵⁰. L'accès à l'espace public est aussi privilégié⁵¹. A Lugano, les approches en terme d'intégration et d'autonomie des personnes sont particulièrement avancées, tant en matière d'intégration professionnelle que d'aide à domicile (budget s'assistance) ou d'accès à l'espace public. Ainsi, une loi concernant la réduction des barrière architecturale plus avancée que le texte fédéral a été adoptée par le canton en 2004.

Enfin, les soins aux *personnes âgées dépendantes* relèvent à Frauenfeld d'une vision plus médicale que sociale du care et sont peu tournés vers les activités extérieures. Grâce à des coûts fonciers avantageux⁵², le canton Thurgovie possède une offre de homes et institutions privées importante, ouverte sur des prestations de qualité. Les soins à domicile (Spitex) sont aussi développés au niveau local, bien que peu coordonnés au niveau régional et peu soutenus par le canton⁵³. Les services de transports ou de loisirs pour personnes âgées en revanche sont très réduits. Sur le modèle du handicap toutefois, le canton diffuse en revanche un nouveau référentiel d'autonomie⁵⁴. A Genève et à Lugano par contraste, la politique du care traduit une volonté d'intégration des personnes âgées dépendante dans la vie de la cité ; les associations jouent dans cette perspective un rôle important en fournissant une offre importante d'activités sociales et culturelle, particulièrement à Genève. Ce canton développe notamment des structures d'habitation intermédiaires. Dans cette perspective, des réflexions sont en cours afin d'améliorer la mobilité et de dépasser la dichotomie entre espace privé et public dans le logement⁵⁵. L'importance accordée à l'autonomie se traduit par la volonté de développer des services à domicile variés et performants.

La comparaison des politiques locales du care indiquent aussi différentes approches *des parcours de vie* des personnes concernées. D'un point de vue différentiel, les opportunités permettant de régler la relation de care autrement que dans des rôles bien arrêtés, liés à des critères biologiques (sexe, âge) ou sociaux (revenu, origine) sont plutôt faibles dans les cas de Lugano et de Frauenfeld. La dimension genre, jointe à la dimension générationnelle et liée à l'importance attribuée à la famille dans les politiques du care

⁴⁹ Côté public, les établissements socio-éducatifs (EPSE) ont développé cette approche dès leur création dans les années 1970. Les approches sont alors très diverses (activités « autogérées » au cours de formations). Par ex : Aigues Vertes ; Foyer Handicap, mais aussi la Société Genevoise pour l'Intégration Professionnelle (SGIPA), le Centre de formation continue pour adulte (CEFCA), Intégration pour tous (fondation créée par des chefs d'entreprises). L'Office cantonal de l'AI envisage aussi de se rattacher à ce réseau (entretien).

⁵⁰ Dans le cadre de la CAVI (Commission d'Accompagnement à une Vie Indépendante (formée de représentant d'organismes concernées par l'accompagnement d'adultes mentalement handicapés –notamment Pro-Infirmis– ainsi que d'un représentant de la DGAS (Direction Générale de l'Action Sociale).

⁵¹ Voir le travail de l'Association HAU (Handicapé, Architecture, Urbanisme) qui publie notamment un guide de Genève à l'intention des personnes handicapées.

⁵² Notamment en regard de la situation prévalant dans le canton de Zurich ou dans celui de Saint-Gall.

⁵³ Entretien Pro Senectute Frauenfeld, 02 05 2005. On trouve en effet pratiquement un Spitex autonome par commune dans le canton de Thurgovie (<http://www.spitextg.ch/>). Le financement public des Spitex intervient avant tout par l'intermédiaire des communes.

⁵⁴ La commune de Frauenfeld a récemment répondu par un référentiel des politiques du grand âge particulièrement proche et qui s'intitule : « L'âge comme défi » (Stadt Frauenfeld, 2004).

⁵⁵ Les EMS s'ouvrent sur la cité, et des expériences d'appartement Domino (Domicile Nouvelle Option : il s'agit d'un appartement intégré dans un immeuble locatif, bénéficiant d'un encadrement médico-social, comme aide et soins, repas, sécurité à domicile, un aménagement spécial etc.) sont prévues sur le modèle valaisan. Pro Senectute a lancé une expérience collective dans ce sens en été 2005.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

apparaît fortement structurante à Lugano (et à Sierre) dans les trois domaines - malgré une dynamique récente. Progressivement, les réticences à voir les femmes entrer sur le marché du travail font place au Tessin à une approche plus pragmatique et une diversification des prestations se dessine⁵⁶ ; par ailleurs, les enjeux de l'égalité sont aujourd'hui importants (un observatoire de la parité a récemment été installé).

Par ailleurs, à Lugano (et Sierre) le niveau de revenu est un facteur explicite dans la conception de prestations publiques qui proposent une réponse relativement stigmatisante - tandis qu'à Frauenfeld, ces trajectoires ne semblent pas intégrées dans les référentiels politiques - mais se différencient *de facto* en fonction des ressources (sociales, financières, culturelle) des personnes. Ainsi, pour pallier le manque d'implication politique, des accueils d'urgence pour la petite enfance sont mise en place par des communautés portugaises ou espagnole par exemple. Par contraste, le cas Genève se caractérise par la diversité des ses prestations de care, qui répondent à une multitude de situations de vie, permettant notamment plus facilement aux femmes ou aux adultes en général de découpler leur condition de parent ou de descendant d'une personne dépendante de leur mode de vie. Significativement, le terme de maman de jour a été remplacée récemment par « famille d'accueil ».

Du point de vue séquentiel, l'importance du rôle d' « aidant naturel » est marquée à Lugano et Frauenfeld, dans un registre d'intégration familial. En effet, à Lugano (et Sierre) les mères et les grand-mères sont supposé s'occuper des enfants tout comme les descendants s'occupent des ascendants vieillissants. Les entretiens confirment une interprétation et usage genré des instruments de promotion d'autonomie comme le budget d'assistance qui, de fait, servent le plus souvent à rémunérer des proches (donc une aide à domicile dans le cadre familial) et plus particulièrement des femmes. Cette assimilation « naturelle » des étapes de la vie à des rôles sociaux, surtout pour les femmes, trouve une limite relative dans le cas de Frauenfeld. Dans cette ville en effet, la priorité politique est clairement accordée à l'autonomie des personnes adultes -qui se traduit presque toujours par le travail mais peut prendre aussi une connotation politique.

Enfin dans les trois ville, la dépendance est perçue différemment selon l'âge des personnes concernées. La plus forte segmentation se retrouve à Frauenfeld, où elle est naturelle pour les petits enfants alors que pour les personnes adultes (handicapée ou âgée) le référentiel orienté vers l'autonomie et la responsabilité. A Genève par contraste, la dépendance est explicitement abordée comme un événement qui peut surgir tout au long du parcours de vie individuel et auquel le canton, la ville et le monde associatif répondent en fournissant informations et opportunités aux personnes concernées - en fonction de la spécificité de leur situation à chaque moment crucial de ce parcours.⁵⁷ Le référentiel du parcours de vie oriente aussi le domaine spécifique du handicap (anciennement centré sur un monde d'adulte), dans le passage des mineurs à leur « majorité » commence à être problématisé en lien avec l'organisation du réseau d'aide, ainsi que le thème, nouveau du vieillissement de ces personnes. A Lugano, on observe un mélange de ces deux approches – la dépendance des petits enfants et des personnes âgées étant plutôt naturalisée, alors que celles des personnes handicapées a été intégrée dans une réflexion plus inclusive (intégration des enfants par exemple).

Ainsi, la comparaison des réseaux de care dans six localités suisses révèle des configurations cohérentes quant aux types d'acteurs qui interviennent dans le champ du care

⁵⁶ Notamment via les nouvelles crèches privées et les associations de parents, soutenues par les collectivités, qui fournissent des services directs (transports, repas, activités sportives et culturelles)

⁵⁷ Le site www.famille-geneve.ch géré depuis 2001 par l'organisation Projuventute sur mandat du canton organise ainsi les information selon le parcours de vie des personnes.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

et à leurs principales relations. Le groupe *Sierre-Lugano* se caractérise par une présence forte des acteurs publics. L'Etat est un acteur fortement structurant du care, y compris du bénévolat. Le réseau est intégré et les acteurs conduisent souvent des activités polyvalentes. *Bâle, Genève, Fribourg* sont des cas intermédiaires : l'intervention publique est moins importante, la prise en charge du care est déléguée à un secteur associatif professionnalisé. Le réseau est moyennement intégré. Les acteurs sont en général peu polyvalents dans leurs activités, à l'exception du cas de Genève. *Frauenfeld* est le cas le plus privatisé. La prise en charge est réalisée prioritairement par l'associatif et les acteurs marchands. L'Etat est peu présent et le réseau est faiblement intégré. Les études de cas menées à Lugano, Frauenfeld et Genève permettent de préciser le contenu de ces arrangements institutionnels.

Si la palette d'instruments utilisé est large dans tous les cas étudiés, Frauenfeld se distingue par l'importance et le développement de ses instruments de contrôle des institutions et prestations, dans le cadre de la régulation d'un marché du care très développé ; en comparaison, Lugano se caractérise par l'existence d'une large gamme d'instruments financiers redistribution à destination des famille ou des personnes (allocations, budgets d'assistance) tandis qu'on trouve à Genève un usage particulièrement fréquent d'instrument réflexifs et incitatifs.

Les prestations offertes témoignent d'un rapport distinct à l'autonomie et à la dépendance. Ainsi, à Frauenfeld, les politiques publiques rappellent à l'individu sa responsabilité. Informé, celui doit, par des actions de maintien en forme et de prévoyance, se prémunir contre ce qui apparaît comme un risque individuel plus que collectif. Pour le reste, la faiblesse des prestations publiques renvoie les personnes concernées à l'importance du marché ou à leurs cadres de solidarités familiaux ou communautaires. A Lugano, les prestations de care sont essentiellement traditionnelles – foyers collectifs, soins à domicile peu différenciés en fonction des besoins – et l'aide publique est marquée par son caractère social et l'importance accordée au rôle de la famille, notamment des femmes. A Genève, les prestations sont plus diversifiées ce qui place concrètement les individus en situation de dépendance dans une position plus émancipée. L'objectif explicite de nombreux dispositifs de care est de libérer les proches de l'impératif de prise en charge et le recours au monde associatifs permet de garantir une diversité des prestations.

Enfin, une analyse des prestations de care révèle enfin que celles-ci contribuent, dans leur conception et dans la forme de leur déploiement du moins, à intégrer les différents moments de l'existence dans des parcours de vie balisés (Lugano) ou contraints par le contexte (Frauenfeld) ou, au contraire, à disperser la vie vécue dans une succession de moments et de temporalités disjointes (Genève).

5. Trois types de gouvernement de la vie

Sur la base de cette étude comparative, trois modèles de régulation de la vie ont été construits par *induction*, selon la méthode wébérienne d'élaboration d'un type idéal. La comparaison systématique des cas suit une logique combinatoire. Il s'agit de souligner les traits les plus saillants de chaque cas approfondi -traits compatibles avec son groupe (*Lugano-Sierre; Frauenfeld ; Bâle-Genève-Fribourg*) et d'exacerber les singularités, en faisant abstraction des dissonances et contradictions non structurelles. Les trois types décrit ici (tableau 1) illustrent une combinaison spécifique d'éléments souvent discutés isolément⁵⁸ ou opposés terme à terme dans les discussions publiques. Ils ont un caractère abstrait en ce qu'ils se différencient

⁵⁸ Les typologie du care tendent à traiter de domaine particulier comme la petite enfance (Letablier 2009, Pfau-Effinger 2005) ou le grand âge (***) , ou alors du réseau d'acteurs et du type de prestations fournies (Anttonen/Sipilä 2005, Martin 2002, Laville/Nyssens 2002 ***) ou, enfin, de la nature de la relation elle-même (Hoschild 1995, Pyke/Bengtson 2005).

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009
des cas empiriques. Enfin, ils peuvent être soumis à une discussion normative.

Le modèle de l'Assistance

Dans le modèle de l'Assistance, les formes « traditionnelles » de traitement des situations de dépendance sont privilégiées, renvoyant à une appréhension de la vie vécue comme centrée sur l'espace privé, la famille et les communautés de proximité. De ce point de vue, les situations de dépendance en génèrent de nouvelles pour les proches – souvent les femmes – qui assurent les soins et dont les choix de vie se trouvent d'autant réduits. La dépendance n'est pas stigmatisée, ni socialement ni politiquement. Elle est assumée en ce qu'elle correspond aux étapes balisées du parcours de vie des *care-recievers* et des *care givers*. Les synergies intergénérationnelles de prise en charge sont fortement valorisées – les grands-parents prennent soin des petits enfants par exemple. Différents moments des parcours de vie sont ainsi mis en relation par des solidarités existantes ce qui n'implique pas le déploiement de dispositifs spécifiques, mais correspond en revanche à une forme de « naturalisation » du care. L'intégration dans les communautés primaires réduit l'ambivalence sociale mais elle contribue aussi à restreindre le spectre des trajectoires individuelles, en limitant de façon drastique les options à disposition des acteurs dans ces deux dimensions.

Des formes étatiques minimales de prise en charge sont mises à disposition. Dans ce contexte, elles représentent des marqueurs sociaux de non intégration pour ceux qui les sollicitent – comme les personnes étrangères ou qui rencontrent des difficultés sociales. La gouvernance est directive et restrictive. Le déploiement centralisé et fortement intégrateur de l'intervention publique tend à cartelliser et figer les initiatives (collectives) privées. Le réseau de prestation est ainsi minimal et monolithique. Le but poursuivi est de maîtriser l'évolution des coûts collectifs de la prise en charge. Les instruments qui règlent les relations de care sont peu explicites dans la mesure où l'essentiel de cette activité se règle dans la sphère informelle, mais ils sont fortement hiérarchiques, rationalisés et stigmatisants pour les personnes ayant recours aux prestations résiduelles mises à disposition par le secteur public.

Le point fort du modèle en terme d'assistance réside dans le caractère unifié de son approche du care, valorisant le soin aux personnes dépendantes. Ces situations sont conçues comme des facteurs d'intégration des parcours de vie. Elle permettent l'exercice des solidarités entre les membres des communautés primaires et entre les âges. Les trois réseaux de prestation de care sont intégrés dans une relation paternaliste à l'Etat, qui devient alors la forme institutionnelle et politique du communautarisme social primaire. Ce modèle porteur d'une vision cohérente est cependant lourd de risques d'exclusions et d'inégalités devant les appartenances sociales, de genre ou communautaires. Il restreint également la diversité possible des trajectoires et des modes de vie individuels.

Le modèle de la Responsabilisation

Le second modèle valorise la responsabilité individuelle et les contributions positives des individus à la société. Cette conception des rôles, des droits et des devoirs en société fait de l'autonomie personnelle la principale caractéristique de la vie vécue. Comme dans les modèles de citoyenneté libéraux du 19^e siècle, la majorité biologique, qui s'accompagne d'une majorité (participation) politique, implique une majorité (responsabilité) sociale (van Gunsteren 1994). Les situations de dépendance ne sont abordées que par défaut, de manière indirecte – prévention de leur émergence, optimisation des frais de gestion- et font l'objet d'une relégation dans la sphère privée, surtout familiale ou marchande.

L'inscription sociale des parcours de vie est figée par cette conception politique des droits et devoirs de chacun. L'action publique s'appuie en effet sur le modèle de l'individu

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

capable d'acquiescer sur le marché les facteurs de son bien-être. La seule situation visible et valorisée du parcours de vie est donc celle de l'âge adulte. Ainsi, les tout petits enfants ne sont pas des destinataires de l'action publique ; leur autonomisation n'est pas non plus un objectif : ils sont pratiquement absents de la sphère publique. A l'autre extrémité du parcours de vie, les personnes âgées sont considérées uniquement dans la mesure où elles sont investies d'un rôle de citoyens actifs, qui peuvent et doivent contribuer positivement à la société.

Avant tout situées dans l'espace privé – familial, communautaire – ou dans l'espace public marchand, les relations de care ne sont soumises à aucune hiérarchie véritable. Le principe de la subsidiarité règle l'ordonnement des relations au sein du réseau de prestation, ainsi que vis-à-vis des personnes concernées. Les individus sont compris comme des êtres autonomes, membres de communautés familiales, puis de communautés de destin –ou communautés bio-sociales. Ils doivent d'abord chercher assistance auprès d'elles, ou se tourner vers le marché. Une fois seulement que les ressources de ces appartenances sont épuisées, la confrontation entre l'individu et l'Etat peut débiter. Ce dernier fait alors usage d'instruments intrusifs quant à la situation personnelle, notamment financière, des individus qui sollicitent son intervention – prestation en nature ou soutien financier. Le politique s'appuie enfin sur des instruments de type cognitif qui diffusent les bonnes pratiques individuelles directement auprès des citoyens et de relais associatifs. Ces normes – de prévention sanitaire par exemple – élaborées en collaboration avec des représentants associatifs et des acteurs marchands, sont au cœur du processus de responsabilisation: l'Etat délègue des capacités de co-production de normes, mais retire son engagement vis-à-vis d'individus qui se voient imputés la charge de leur bien-être. Enfin, puisque le marché joue un rôle éminent dans l'ordonnement des relations entre prestataires et destinataires du care, l'Etat apporte une attention toute particulière à la définition de normes de qualité en la matière. Il recourt alors à des instruments de régulation du marché, caractéristiques du régime libéral.

L'affichage d'une citoyenneté sociale claire, la défense d'une société active et responsable et la mobilisation des solidarités sociales comptent sans doute parmi les points forts du modèle de la Responsabilisation. La relégation du traitement effectif de la dépendance à la sphère marchande et à l'espace privé ne règle en revanche que de façon très insuffisante la question des inégalités. La capacité émancipatrice ou compensatoire, pour les femmes ou pour les groupes sociaux les moins favorisés, des modes de régulation que sont la subsidiarité ou le marché, peut d'ailleurs légitimement être interrogée.

Le modèle de la Réflexivité

Ce modèle est centré sur la valorisation de l'autonomie individuelle à chaque étape du parcours de vie – petits enfants, adultes, adultes handicapés, adultes avec enfants, personnes âgées dépendantes. Les périodes critiques et les transitions dans les parcours de vie sont considérées comme des moments de choix. Les politiques s'efforcent de soutenir les conditions d'exercice de ce choix et de s'adapter aux transformations du contexte social ou économique.

L'autonomie des différents âges et des différentes situations de la vie est un objectif explicite de l'action publique. Le care fait l'objet d'un traitement et de réflexions collectives explicites. Pour autant, la politique en la matière n'est pas forcément dénuée d'ambivalence: d'une part, en garantissant des prestations publiques, elle contribue à libérer les individus des relations de care privées induisant de la dépendance; d'autre part, elle tend à faciliter l'exercice même de la relation de care dans le contexte privé. La question de l'ambivalence sociale n'est en effet pas censée être résolue au niveau politique, mais au niveau des relations individuelles. En l'espèce, le concept d'autonomie concerne aussi bien le

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

destinataire que le prestataire de soin. Les dispositifs valorisés sont ceux qui ouvrent des opportunités de vie à la fois au destinataire et au prestataire de care (pour une mère ou un père, l'option « rester à la maison ayant une valeur théoriquement équivalente à l'option « travailler à 100% » ou à « partager soin et travail avec son conjoint »). Ces choix sont supposés être discutés par les personnes concernées, adaptés au contexte et, de ce fait, adéquats.

La gouvernance du réseau de care est animée par un Etat facilitateur voire incitateur, qui assure avant tout un rôle de coordination et d'animation de la diversité sociale. L'Etat s'efforce de conserver un leadership politique, d'alimenter une expertise et de nourrir des négociations qui ont pour but d'orienter sans figer les débats et les initiatives concrètes. Le foisonnement de l'offre émanant de la société est le corollaire indispensable de cette politique. La préoccupation pour le choix des individus, qu'ils soient prestataires privés ou destinataires de care, se traduit par l'attribution de droits aux individus et par des mesures visant le contexte de vie (monde du travail par exemple). L'ampleur du choix disponible doit permettre aux destinataires de ne pas être captifs d'instruments qui ne leur sont pas adaptés et les interventions sur le contexte de ne pas en limiter l'accès réel. L'adaptation des prestations aux situations individuelles fait l'objet d'une régulation décentralisée, qui valorise l'expérimentation. Les instruments de concertation locale, de débat politique, de recherche sont au cœur du modèle de la Réflexivité. Les incitations publiques financières sont, dans la dimension plus concrète de la mise en œuvre, les instruments privilégiés de cette stratégie de l'expérimentation sociale déléguée et soutenue.

Les avantages du modèle Réflexif sont ceux d'un régime ouvert, différencié, adapté à la diversité des situations liées aux parcours et modes de vie contemporains. Le caractère éclaté des prestations et la faible intégration des réseaux – notamment au plan intergénérationnel – restent des fragilités potentielles. De plus, complexité et sophistication rendent la lisibilité de l'offre problématique et peuvent générer des inégalités d'accès. Enfin, les choix de vie risquent de rester largement théoriques dans un contexte de restriction budgétaires ou d'inégalité sociales et économiques marquées.

6. Conclusion

Le domaine du care – entendu ici comme l'ensemble des activités, des relations et des représentations liées à la prise en charge des petits enfants, des personnes âgées ou handicapées— peut être analysé dans le contexte du développement moderne du pouvoir sur la vie. Ce qui se joue dans ces politiques, c'est non seulement une structuration des rapports sociaux de sexe et des relations entre Etat et société, mais bien aussi une définition et régulation de la vie. La comparaison des trois domaines permet d'identifier le care comme un champ de pouvoir spécifique, socialement et politiquement construit autour de la définition et du contrôle de la vie vécue. Dans cette perspective, le biopouvoir ne peut se résumer à une manipulation du niveau cellulaire -qui réduit la vie à sa dimension physiologique (vie incarnation)- ou au contrôle d'un phénomène physiologique -la naissance, la mort- dont les bornes seraient contestables (vie en soi).

Les études empiriques confirment que dans les politiques du care, l'existence individuelle est aussi saisie, concrètement, dans son rapport à celles des autres et dans son inscription temporelle, son déroulement – j'ai parlé ici de vie vécue⁵⁹. D'abord, les politiques du care adressent la vie dans sa signification sociale. La façon dont se résolvent les tensions entre autonomie et dépendance d'une part, et entre vie privée et publique,

⁵⁹ Dans ce sens, la vie vécue a aussi ses enjeux de frontières (on parle significativement de « mort sociale ») et donne un sens spécifique aux enjeux moléculaires (subir une chirurgie pour guérir ou pour rectifier son identité par exemple). La relation entre ces trois dimensions du vivant reste à explorer.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

d'autre part, renvoie à différents vécus relationnels, conditionnés par des choix socio-politiques. Ainsi, par exemple, dans le modèle de l'Assistance, une personne dépendante mobilisera des relations de proximité intenses de manière à assurer la satisfaction de ses besoins physiologiques, d'intimité et d'appartenance à une communauté et les aidants se sentiront « naturellement » responsables de leurs proches et rapidement coupables « d'abandon ». A l'inverse, dans le modèle de la Réflexivité, on attendra de la même personne qu'elle minimise ses relations interpersonnelles de dépendance et maximise son potentiel d'autonomie en ouvrant si elle le désire son existence à des réseaux de socialité plus larges, notamment professionnels.

Mais le domaine du care évoque aussi la vie dans son déroulement. Il renvoie à des rôles socialement valorisés en fonction de l'âge, qui se différencient selon le genre ou les appartenances sociales des individus. Ces rôles concernent à la fois le bénéficiaire de soin et ceux qui les dispensent. La représentation des hommes et des femmes vis-à-vis du care est de ce point de vue un enjeu crucial. Dans le modèle de l'Assistance, il existe un parcours de vie féminin centré sur le care, dont l'existence même structure le vécu des personnes selon leur sexe. Dans le modèle de la Réflexivité au contraire, le parcours de vie n'est pas connoté en terme de genre et les femmes comme les hommes vivent une succession de changements de trajectoire dans un sens qui n'est pas prédéterminé. Dans le cas de la Responsabilisation enfin, la liberté de choix formelle est biaisée par un processus de responsabilisation individuelle adressé aux femmes. La charge supplémentaire qui en découle pour elles ne peut donc être allégée que pour les hauts revenus - capable d'acheter des services.

En second lieu, le domaine du care correspond à des modes particuliers de régulation des comportements. Sur ce point, ses modalités coïncident avec les tendances générales notables dans le champ des biopolitiques ou des politiques sociales et de la santé. De manière exemplaire en effet, ces politiques s'appuient sur un gouvernement des conduites que l'on peut qualifier de relationnel et incitative. Elles sont fondées sur les actions de réseaux d'acteurs intermédiaires ; elles ont pour objet la relation entre *care giver* et *care reciever*, dans ses modalités symboliques (qu'est-ce qu'un bon père ?) et concrètes (soin, repas, toilette, rencontre) ; elles agissent sur la structuration de ces relations en s'appuyant sur l'élaboration des subjectivités individuelles autant que sur des mesures d'incitation concrètes (redistributives par exemple). La mise en réseau des acteurs aux statuts différents, la diffusion de l'information, le ciblage des allocations, la distribution des responsabilités, l'exemplification des parcours de vie légitimes sont des exemples de cette gestion qui cherche à inciter et guider « l'auto-organisation » de la société et des individus, selon des modalités toutefois bien distinctes.

Dans le modèle de l'Assistance, l'Etat réduit son rôle à la prise en charge des personnes en difficulté sociale, qu'il contribue à inscrire dans un parcours de l'échec – par le caractère même d'une aide de nature paternaliste. Dans le modèle de la Responsabilisation, l'Etat surveille les activités du marché du care et traite uniquement avec des adultes (ayant enfants à charge, handicapé ou désireux d'organiser leur vieillesse), qu'il charge de la responsabilité de leur position et de leur destinée. La subjectivation passe ici par l'intégration de l'individu dans le jeu dont les règles sont fixées par le politique, plus que dans un contrat. Enfin, dans le modèle de la Réflexivité, l'Etat s'investit dans un partenariat avec le monde associatif et avec le marché, afin de garantir une offre en adéquation avec la demande sociale. Les modes de subjectivation des individus n'ont pas disparu. Ils sont mêmes formalisés, par un recours systématique au « débat », à « l'écoute » et à « la parole », mais ils sont diversifiés, ce qui permet aux individus qui le souhaitent de se réapproprier les aspects relationnels de leur existence selon leurs affinités du moment.

De la même façon que l'importance croissante des enjeux de biopolitiques ne renvoie pas en elle-même à une évolution néfaste, l'ampleur croissante de la problématique

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

du care dans nos sociétés ne saurait être associée à une péjoration effective de la condition humaine (ni d'ailleurs à son amélioration). L'analyse des politiques locales dans ce domaine montre surtout que des voies bien différenciées sont aujourd'hui explorées concrètement, porteuses de normes en matières de modes et parcours de vie - même si ces alternatives ne font que très rarement l'objet de délibérations explicites. Pour la Suisse, l'approche en terme de gouvernement de la vie esquissée ici, qui reste à développer, peut offrir un complément à l'analyse des institutions (Bertozzi et al. 2005) comme à celle des parcours de vie (Sapin et al. 2007). Elle peut permettre d'identifier les modalités concrètes et variables de l'intégration ou de l'exclusion, de l'aliénation ou de l'émancipation des individus selon leurs appartenances, leur genre, leur âge ou leur revenu.

Les trois modèles rendent compte de différents gouvernements de la vie dans le contexte d'une société européenne contemporaine complexe et dynamique. De ce point de vue, seul le modèle réflexif révèle une société en quête d'expérimentations, respectueuse de son haut niveau de différenciation, de densité sociale et de stratification. Dans les autres cas, les arrangements proposés sont trop univoques, homogènes ou trop peu soucieux des inégalités réelles pour pouvoir ouvrir des opportunités au moins équitables aux différents individus, groupes sociaux, groupes d'âges ou genre. Produit de la différenciation sociale, le care comme biopolitique est précisément confronté à une complexité croissante, qui se manifeste dans la multiplication des parcours et des normes de la "bonne vie". Les sociétés capables d'affronter explicitement ce phénomène se dotent des moyens de concilier biopolitique et exigence démocratique.

Références

Attias-Donfut, Claudine (ed) (1995). *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, famille, Etat.*, Paris, Nathan, Essais et recherche.

Bertozzi, Fabio, Bonoli Giuliano et Benoît Gay-des-Combes (2005). *La réforme de l'Etat social en Suisse. Vieillesse, emploi, conflit travail-famille*, Presse polytechniques et universitaires romandes, Le savoir suisse.

Bunton, Robin et Petersen, Alan (eds) (2005). *Genetic Governance. Health, Risk and Ethics in a Bio Tec Era*. London, Routledge.

Bode, Ingo (2006). « Disorganized welfare mixes : voluntary agencies and new governance regimes in Western Europe », *Journal of European Social Policy*. 16 (4) : 346-359

Bonoli, Giuliano (2004). « Swizerland. Negotiating a New Welfare State in a fragmented Political System », in Taylor Gooby (ed). *New Risks, New Welfare*. Oxford, Oxford University Press : 157-180

Butschi Danielle et Sandro Cattacin (1994). *Le Modèle Suisse du bien-être*. Lausanne. Réalité Sociale

Cavalli Stefano, Bickel Jean-François et Christian Lalive d'Epiney (2007). « Exclusion in the very old age. The Impact of Three Critical Life Events », *International Journal of Ageing and Later Life*. 2(1) : 9-31

Daly (2009)

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

Daly, M. and Lewis, J. (2000) 'The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states', *British Journal of Sociology*, 51, 2: 281-98.

Daly, M. and Rake (2003).

Dean, Mitchell (1999). *Gouvernementality. Power and Rule in Modern Society*. London, Sage.

Elder, Glen H. (1994). « Time, Human Agency, and Social Change : Perspectives on the Life Course ». *Social Psychology Quarterly*. Vol. 57. N°1 : 4-15.

Elias, Norbert (1988). *La solitude des mourants*. Paris, Christian Bourgeois, Agora Pocket

Elder, Glen H. (1995). « The Life Course Paradigm. Social Change and Individual Development ». in: Phylis Moen, Glen H. Elder and Kurt Lüscher (eds). *Examining Lives in Context». Perspective on the Ecology on Human Development*. Washington: APA Press: 101-139

England, Paula (2005). « Emerging Theories of Care Work. ». *Annual Review of Sociology*. 31 : 381-399.

Evers, Adalbert (1990). « Shifts in the Welfare Mix - Introducing a New Approach for the Study of transformations in Welfare and Social Policy », in A. Evers et H. Wintersberger (eds.), *Shifts in the Welfare Mix*, Frankfurt am Main/Boulder, Colorado: Campus/Westview, pp. 7-29.

Fassin Didier et Dominique Memmi (2004). « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in Fassin, D. et D. Memmi (ed). *Le gouvernement des corps*. Paris. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Finch, J. and Groves, D. (eds) (1983) *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, London: Routledge.

Folbre N. (2001). *The invisible Heart. Economic and Family Values*. New York : New Press

Foucault, Michel (1988). « Les techniques de soi», in *Dits et Ecrits*. 1988. Paris, pp. 1602-1647

Foucault, Michel () « La gouvernementalité », in *Dits et Ecrits*. 1978 Paris, pp. 635-657

Foucault, Michel (1976). *Histoire de la sexualité*. Vol 1. La volonté de savoir. Paris, Gallimard, Seuil.

Foucault, Michel (1984). *Histoire de la sexualité*. Vol 3. Le souci de soi. Paris, Gallimard, Seuil.

Foucault, Michel (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au collège de France 1978-1979*. Paris, Gallimard, Seuil.

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

Fraser, Nancy and Linda Gordon (1997). « A Genealogy of « Dependency » », in Nancy Fraser, *Justice Interruptus. Critical Reflexion on the "Postsocialist" Condition*. New-York and London, Routledge, pp 121-149

Geissler Birgit et Birgit Pfau Effinger (2005).

Gilligan (1982). *In a Different Voice*.

Giraud, Olivier et B. Lucas (2009). « Des modèles locaux de conciliation et de care locaux face à aux carences du niveau national ? Le cas Suisse » in Nicole Drancourt, Chantale (ed), Paris, L'Harmattan, *Forthcoming*

Giraud Olivier et Barbara Lucas (2008). « Le renouveau des régimes de genre en Allemagne et en Suisse: bonjour néo-maternalisme? ». *Cahiers du genre*. n. 46- Genre, politiques sociales, vie familiale et vie professionnelle.

Hochschild (1983). *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*. Berkley. University of California Press

Hoschild, A. R. (1995). « The Culture of Politics : Traditionnel, Postmodern, Cold-modern, and warm Ideal of care ». *Social Politics*, pp. 331-346.

Kershaw 2007

Kümpers 2005

Laugier/Paperman 2006,

Lebihan et Claude Martin (2006).

Martin, Claude (1998).

Lewis, Jane (2003)

Lewis, Jane (1992). « Gender and the development of Welfare Regimes ». *Journal of European Social Policy*. 2 (3) : 159-173

Kellehals, Jean and Eric Widmer (2005). *Familles en Suisse : les nouveaux liens*. Lausanne, presse Polytechnique et Universitaires romandes.

Lascoumes, Pierre (2004). « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique*, Numéro 13-14, Foucault : usages et actualités [En ligne], mis en ligne le 15 juin 2007. URL : <http://leportique.revues.org/document625.html>. Consulté le 29 juin 2009.

Letablier Marie-Thérèse (2001). « Le travail centré sur autrui et sa conceptualisation en Europe », *Travail, genre, Société*, 6 : 19- 39

Lévy and al. (eds). (2005).

Levy, René (2006). « Particulière, singulière ou ordinaire ? La régulation suisse des parcours

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009
de vie sexués. » in : Thomas Eberle & Kurz Imhof (Hrsg.), *Sonderfall Schweiz*. Seismo, Zurich 2006, 226-247.

Lewis, Jane (1992). « Gender and the development of welfare regimes », *Journal of European Social Policy*, 2(3) : 159-173.

Lister and al. (2007). *Gendering citizenship in Western Europe. New challenges for citizenship in a cross-national context*. Bristol, The Policy Press. chapitre 4.

Lüscher, Kurt (2002). « Ambivalence: A key Concept for the Study of intergenerational relations », in Fragnière J.-P. and al. (eds), *La question des générations. Dimensions, enjeux et débats*.

Lyon Dawn and Miriam Glucksmann (2008). « Comparative Configuration of Care Work across Europe ». *Sociology*, Sage Publication (42) : 101 : 101-118

Martin, Claude (2009), « Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions », in *Le care : entre transaction familiale et économie des services*. Revue Française de Socio-économie, 2 : 27-42

Mayer, Karl-Ulrich (2004). « Whose Lives ? How History, Societies, and Institutions Define and Shape Life Courses ». *Research in Human Development*, 1 (3) : 161-187.

Mayer, Karl-Ulrich et Schoepflin, Urs (1989). « The State and the Life Course ». *Annual Review of Sociology*. Vol. 15 : 187-209.

Memmi, Dominique (2000). « Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps ». *Revue française de science politique*. 50 (1), pp. 3-20.

Memmi, Dominique (2004). « Administrer une matière sensible », in Fassin, D. et D. Memmi, *Le gouvernement des corps*. Paris, Edition de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Orloff Ann Shola (1996). « L'adieu au maternalisme ? Politiques de l'État en emploi des mères en Suède et aux États-Unis ». *Recherches et prévisions*, n° 83 « Comparaison internationale », mars.

Pavolini Emmanuele et Costanzo Ranci (2008). « Restructuring the welfare state : reforms in long-term care in Western European Countries », *Journal of European Social Policy* 18 : 246-259

Pfau-Effinger (2005). « Development path of care arrangements in the framework of family values and welfare values », in Pfau-Effinger Birgit and Birgit Geissler (2005) *****: **21-45**

Rabinow, Paul (1996). « Artificially and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality », in *Essay on the Anthropology of Reason*. Princeton, NJ, Princeton University Press: 91-111

Rabinow, Paul et Rose, Nikolas (2003). "Thoughts on the Concept of Biopower Today". unpublished paper, www.lse.ac.uk/collections/sociology/pdf/rabinowandrose

Rapin, Charles et al. (2004).

Article présenté dans le cadre du ST 22 « Les formes contemporaines de la biopolitique », Thibault Bossy et François Briatte, Congrès de l'Association française de science politique, Grenoble, 7-9 septembre 2009

Rose, Nikolas (1999). *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge, Cambridge University Press

Rose, Nikolas (2001). « The Politics of Life Itself », *Theory, Culture & Society*, 18 (6): 1-30

Rose, Nikolas (2006).

Rostgaard, Tine (2002). «Caring for Children and Older People in Europe - A Comparison of European Policies and Practice », *Policy Studies*, 23 (1).

Rothmayer, Christine and Frédéric Varone (2003). « Debate: “Biopolitics” and the Missing Political Scientists». *Revue Suisse de science politique*. 8 (3/4): 129-155

Sapin, Marlène, Spini, Dario et Eric Widmer (2007). *Les parcours de vie*. Lausanne. Le savoir Suisse.

Sainsbury, Diane (1994).

Sevenhuijsen Selma (2003). « The place of care. The relevance of the feminist ethic of care » *Feminist Theory*. 4 (2) : 179-197.

Streeck W, Schmitter PC. (1985) “Community, Market, State and Associations - The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order”. In *Private Interests Government*, ed. W Streeck, PC Schmitter, Londres: Sage: 1-29.

Theobald, H. (2005). « Social Exclusion and Care for the Elderly – Theoretical Concepts and Changing Realities in European Welfare States ». WZB Discussion Paper No. SP I 2005-301. Berlin.

Urgenson, C. (1990). *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf.

van Gunsteren, Herman (1994), « Four Conceptions of Citizenship ». in van Steenbergen, Bart (dir.), *The Condition of Citizenship*. Londres: Sage, pp. 36-48.

Widmer E., Lévy, R., Pollien, A., Hammer, R., Gauthier, J.-A. (2003). « Between Standardisation, Individualisation and Gendering : An Analysing of Personal Life Courses in Switzerland », *Revue Suisse de Sociologie*, 29 (1) : 35-67