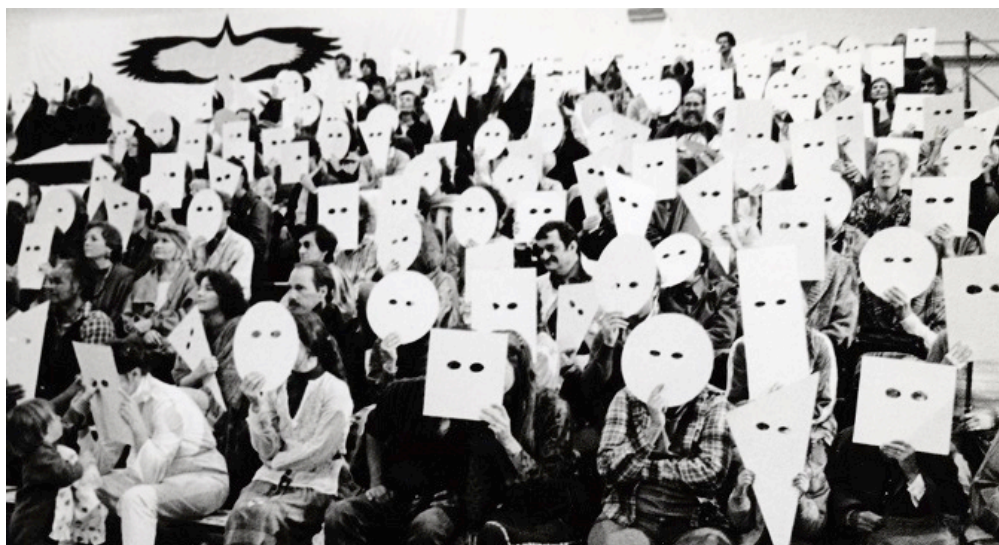




COLLECTIF
CONTRE LES
VIOLENCES
FAMILIALES ET
L'EXCLUSION

COVID-19 : UNE CRISE DU SOIN ? VERS UNE AUTRE PERCEPTION DE LA VULNÉRABILITÉ

Par Héroïse Husquinet



Graham Jay, Performers in Halprin's *Circle the Earth*, 1989

Tout, dans nos sociétés, est mis en place pour nous permettre de détourner le regard de ce qui s'affaïsse, se fragilise, menace de disparaître. Mais voilà que, soudainement, chacun.e est ramené.e à sa propre vulnérabilité, à sa mort potentielle et à celle de son entourage. La crise sanitaire que nous sommes en train de vivre modifie-t-elle notre représentation de *ce qui compte* ? Qui sont les personnes vulnérables ? Qu'est-ce que la vulnérabilité et que peut-elle nous apprendre ?

Introduction

La crise sanitaire que nous sommes en train de vivre révèle, ou plutôt nous force à regarder, l'importance que revêt le soin dans nos vies. Le soin, c'est-à-dire, l'ensemble des gestes quotidiens que nous effectuons pour nous maintenir vivant.e.s et vivre au-delà de la survie : laver, préparer, abreuver, nourrir, accompagner, soutenir... Ces gestes, bien qu'indispensables, sont encore largement dévalorisés dans nos sociétés. Ils constituent pourtant la trame cachée des vies clinquantes et spectacularisées. Trame de l'ordinaire, des corps, des blessures rafistolées, trame essentielle pourtant, qui permet à la vie de se maintenir et de se déployer.

Tout, dans nos sociétés, est mis en place pour nous permettre de détourner le regard de ce qui s'affaïsse, se fragilise, menace de disparaître. On range les aîné.e.s dans des hospices, les malades dans des hôpitaux, les handicapé.e.s, les « folles » et les « fous » dans des centres et des asiles¹, loin des regards, loin de ce qui constitue la norme, c'est-à-dire, loin des individus capables de faire fonctionner la machine par leur travail et de fonctionner eux-mêmes comme des machines - à supposer que ce genre d'individu existe vraiment. On cache ce qui pourrait contredire l'image de l'être humain indépendant, fort, mû par sa volonté et libre de contraintes, chère à nos sociétés néolibérales. Or, durant le confinement, ce rapport à la visibilité et à l'espace s'est inversé. Nous nous sommes toutes et tous caché.e.s, rangé.e.s dans nos maisons, nos appartements, nos cases. Toutes et tous, sauf celles et ceux qui, bien avant la crise, assuraient déjà les soins envers les aîné-es, les malades, les handicapé-es, les folles et les fous, envers les personnes vulnérables - ce « travail invisible ».

D'un coup, voilà que les invisibles deviennent visibles, que les projecteurs se braquent sur la fragilité, l'affolement, la maladie, la mort et l'urgence du soin. Les petites mains auparavant méprisé.e.s sont les seules silhouettes mobiles dans un paysage déserté. Une partie du monde s'arrête et s'efface, l'autre turbine et devient le centre de l'attention. D'un coup, voilà que chacun.e est ramené.e à sa propre vulnérabilité, à sa mort potentielle et à celle de son entourage. Voilà que nos interdépendances et nos besoins primaires s'affichent au grand jour : de la déforestation aux maladies animales (responsables de l'émergence du virus)², des animaux que nous sommes à notre mortalité oubliée, de notre évidente mortalité au besoin d'être ensemble, du temps retrouvé au besoin de marcher, de respirer hors des cellules de béton et du non-sens enseigné.

La crise que nous sommes en train de vivre modifie-t-elle notre représentation de ce *qui compte* ? Qui sont les personnes vulnérables ? Qu'est-ce que la vulnérabilité et que peut-elle nous apprendre ? Depuis plusieurs décennies, les études féministes proposent une autre approche de la notion de vulnérabilité, dans la lignée des travaux

¹ Voir travaux de Michel Foucault sur la folie et l'enfermement.

² Voir notamment : Shah Sonia, « Contre les pandémies, l'écologie », *Le monde diplomatique*, mars 2020, en ligne, <https://www.monde-diplomatique.fr/2020/03/SHAH/61547>

sur l'éthique du *care*. Ce point de vue philosophique et éthique se révèle particulièrement éclairant pour nous aider à saisir certains des enjeux soulevés par la crise du COVID-19.

Soin et vulnérabilité : changer de paradigme

Qui sont les personnes vulnérables dans la crise du COVID-19 ?

Selon le corps médical...

La vulnérabilité, dans son acception la plus commune, signifie notre susceptibilité à être touché-e, notre fragilité corporelle ou biologique, la fragilité de groupes particuliers et des personnes en situation de précarité ou exploitées dans la société. Dans le champ de l'éthique médicale, la vulnérabilité renvoie en premier lieu à la maladie. Les personnes vulnérables sont, selon cette vision (très néolibérale) des choses, celles qui ont perdu leur autonomie, les personnes qui ne peuvent plus protéger leurs intérêts et courent le risque d'être malmenées ou exploitées³.

Des catégories de personnes ont été identifiées par le corps médical comme étant plus vulnérables à l'impact physiologique du virus que d'autres. Parmi celles-ci, on compte en premier lieu les personnes âgées et les personnes à la santé fragile (par exemple, souffrant d'insuffisance pulmonaire, cardiaque, personnes diabétiques,...) dont l'organisme est moins à même de lutter contre le virus. Les personnes âgées ont en effet une létalité de la maladie très supérieure au-delà de 75 ans, en fonction de leur état de santé⁴. Mais l'idée selon laquelle on serait tou.tes - hormis les vieilles personnes et les personnes à la santé fragile - égales/aux face au virus est complètement fautive. Les impacts du virus révèlent des inégalités préexistantes.

Des inégalités renforcées par la crise sanitaire

En effet, la crise sanitaire touche davantage les personnes dont la situation économique et sociale (genre/classe/race/etc.) ne permet pas une protection et un traitement efficaces contre la maladie. Les milieux socialement précaires (ou exploités) sont plus impactés par le virus en raison, notamment, des emplois (ces fameux « métiers essentiels » qui assurent notre possibilité de manger et de nous soigner) et des logements qu'ils occupent (quartiers pauvres où la densité de population est plus élevée), qui rendent malaisé le respect des consignes de prévention. L'accès au dépistage s'avère souvent plus difficile pour cette partie de la population, qui doit plus fréquemment renoncer à des soins. Des études montrent

³ Cette définition est tirée de : Maillard Nathalie, *La vulnérabilité : une nouvelle catégorie morale ?*, Genève, Labor et Fides, 2011.

⁴ Voir notamment : Observatoire de la santé du Hainaut, « Quand le masque tombe ... la crise de la pandémie du Covid-19 dans l'aggravation des Inégalités Sociales de Santé », Courtage en connaissances scientifiques, Observatoire de la Santé du Hainaut, 13 mai 2020, en ligne, <https://observatoiresante.hainaut.be/produit/covid-19-et-inegalites-sociales-de-sante/>.

qu'aux USA, les Afro-américain·es, qui font majoritairement partie des populations les plus exploitées, seraient deux fois plus touché·es par le virus⁵. Rappelons que, de manière générale, l'espérance de vie des noir·es peut être jusqu'à quinze ans plus brève que celle des blanc·hes⁶. Ces causes de différenciation sociale ne sont pas propres aux USA. En France, on estime que treize années d'espérance de vie à la naissance séparent les 5 % les plus aisé·es et les 5 % les plus pauvres dans notre société. Ces inégalités se révèlent aussi pour les catégories de population mises à l'écart et confinées (emprisonnées) par les politiques des gouvernant·es, dans des conditions qui rendent impossible la prévention : les prisonnier·es en maisons d'arrêt, les étranger·es interné·es dans les centres de rétention administrative à cause de leur situation irrégulière et en attente de leur expulsion, les demandeuses/eurs d'asile à la rue et les personnes sans domicile⁷.

Les inégalités de genre sont également renforcées par la crise sanitaire : bien que, selon les chiffres actuels, le taux de mortalité dû au COVID-19 soit plus élevé chez les hommes que chez les femmes⁸, les femmes constituent la majeure partie du personnel soignant et des services de biens essentiels (alimentation, produits d'hygiène, pharmacie,...), les métiers les plus exposés au virus. En France, les femmes représentent 9 employées sur 10 chez les caissier·es, 7/10 chez les agent.e.s d'entretien, 9/10 chez les aides soignant.e.s, presque 9/10 chez les infirmier.e.s et les préparateurs/ices en pharmacie⁹. Par ailleurs, le confinement a exacerbé les violences conjugales et intra-familiales et compliqué leur prise en charge (stratégies de protection plus difficiles à mettre en place par les femmes elles-mêmes et possibilités d'appeler réduites) ¹⁰ : à titre indicatif, les appels vers la ligne d'écoute pour les violences conjugales ont triplé pendant le confinement¹¹.

⁵ Observatoire de la santé du Hainaut, « Quand le masque tombe ... la crise de la pandémie du Covid-19 dans l'aggravation des Inégalités Sociales de Santé », *Op. cit.*

⁶ *Ibidem*

⁷ Fassin Didier, « L'illusion dangereuse devant l'égalité », *Collège de France. Chaire de santé publique*, En ligne, <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm>

⁸ Observatoire de la santé du Hainaut, « Quand le masque tombe ... la crise de la pandémie du Covid-19 dans l'aggravation des Inégalités Sociales de Santé », *Op.cit.*

⁹ Lopez Louis-Valentin, « Coronavirus : cinq chiffres concrets qui montrent que les femmes sont en première ligne », *France Inter*, 13 avril 2020, en ligne, <https://www.franceinter.fr/societe/coronavirus-cinq-chiffres-concrets-qui-montrent-que-les-femmes-sont-en-premiere-ligne>

¹⁰ Collectif, « Lettre ouverte sur la CIM violences », *Actualités du CVFE*, en ligne, <https://www.cvfe.be/a-propos/nos-actualites/321-lettre-ouverte-sur-la-cim-violences> ; <https://cheekmagazine.fr/societe/confinement-violences-conjugales/>

¹¹ Prins Aliou, « Violences conjugales : les lignes d'écoute pour victimes surchauffent », *Actu Moustique*, 15 avril 2020, en ligne, <https://www.moustique.be/25906/violences-conjugales-les-lignes-d-ecoute-pour-victimes-surchauffent>

Comme le souligne l'observatoire de la santé du Hainaut, « les impacts de la crise sanitaire toucheront, sur les plans économiques et psychologiques¹², davantage les populations qui étaient déjà dans une situation précaire au niveau social ou économique : personnes âgées, handicapées, (...) sans emploi, etc. (...) La perspective d'une crise économique consécutive à la crise sanitaire fait craindre la perte d'emploi, surtout pour les emplois les plus incertains comme les intérimaires, les travailleuses/eurs à temps partiel ainsi que les emplois à statut précaire. Or, ces emplois sont souvent occupés par des personnes en situation de vulnérabilité »¹³, dont une majeure partie sont des femmes.

La crise sanitaire accentue davantage ces inégalités et ces vulnérabilités et risque de les accroître encore à moins de changements radicaux dans la politique et d'efforts déployés pour soutenir le soin (à tous les niveaux, et pas uniquement dans les salles de réanimation). Des changements politiques qui pourraient notamment découler d'un changement dans notre perception de la vulnérabilité et de l'être humain.

Une crise du soin ?

Métiers et éthique du *care*

La crise sanitaire place l'*éthique du care* (du soin, de la sollicitude) - un courant de pensée créé au sein des études féministes durant les années 1980 et abondamment développé par les sciences sociales - au centre des réflexions sur notre société. On parle d'un « retour du *care* », d'une prise de conscience généralisée de l'importance que revêtent les métiers « essentiels » et le soin.

La crise a en effet placé au premier plan l'ensemble des métiers liés au soin : infirmier·es, aides soignant·e·s, urgentistes, métiers liés à la prise en charge des personnes âgées et des funérailles, métiers assurant la maintenance et la vente des biens essentiels, les métiers liés à la gestion de nos déchets et les transports en commun. La vie quotidienne dépend du travail des prestataires du soin, au sens large du terme¹⁴.

Pourtant, ces emplois, essentiels pour la vie des sociétés, ont tendance à être déconsidérés, tant dans les représentations (être aide-soignant·e ou caissier·e, c'est souvent associé à un manque d'ambition voire à un déficit de capacité), qu'au niveau financier (la rémunération des travailleuses/eurs et l'argent investi par l'Etat dans le

¹² On peut penser aux pertes d'emplois, à l'annulation des contrats dans le secteur artistique et culturel, à l'isolement, à l'angoisse (attisée par le discours médiatique) provoquée par l'incapacité de se projeter dans l'avenir et la peur de la mort,...

¹³ Observatoire de la santé du Hainaut, *op cit.*

¹⁴ Laurentin Emmanuel, Prissé Manon, « Joan Tronto : « Organiser la vie autour du soin plutôt que du travail dans l'économie changerait tout » », *France Culture*, 5 mai 2020, en ligne, <https://www.franceculture.fr/societe/joan-tronto-organiser-la-vie-autour-du-soin-plutot-que-du-travail-dans-leconomie-changerait-tout>

secteur du soin sont insuffisants et sujets à d'importantes coupes budgétaires¹⁵). Comme le souligne l'économiste Felwine Sarr, le système économique actuel « surpaye le capital, les intermédiaires, les bullshits jobs, les emplois des marchés captifs¹⁶ et sous-paye ceux qui contribuent à nourrir, à pérenniser et à soigner la vie »¹⁷.

La dévalorisation des métiers « essentiels » est notamment liée au fait qu'ils sont connotés comme étant « féminins ». L'importance et, paradoxalement, le mépris des tâches liées au soin est une question abondamment développée par les études féministes depuis les années 1980. En 1982, la psychologue américaine Carol Gilligan publie *In a different voice*, un ouvrage qui reprend en les critiquant les thèses des psychologues de l'époque sur le « développement moral » des enfants. Un développement qui serait, selon elles/eux, « raté » par les filles, en raison de leur propension à se soucier des autres plutôt que de se construire comme des individus autonomes et indépendants. Gilligan montre que les filles, en raison de leurs modèles éducationnels, loin de « rater » une phase de leur développement, développent plutôt un autre type de morale, que l'on peut observer dans leur attitude face à la résolution de conflits ou de dilemmes : alors que les garçons centrent leur moralité sur la justice, les filles centreraient la leur sur le sens de la responsabilité et de l'attention à autrui. Carol Gilligan prône une revalorisation de cette sensibilité pour le soin, l'écoute et la responsabilité, une revalorisation de cette « voix différente », souvent portée par les femmes, dans les rapports sociaux¹⁸.

Le soin au cœur des inégalités sociales et culturelles

Quelques années plus tard, la politologue féministe américaine Joan Tronto reprend, définit et nuance cette problématique du soin (*care*). Comme Gilligan, elle milite pour que ces activités soient revalorisées, en mettant l'accent sur le fait que le « prendre soin » ne se résume pas au fait d'éprouver de l'empathie, à « un sentimentalisme mou » : il s'agit au contraire d'une véritable action, d'une réponse pratique, d'un travail. Elle définit le *care* comme :

« une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour **maintenir, perpétuer et réparer notre « monde »**, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend **nos corps**,

¹⁵ Voir notamment : <https://lasanteenlutte.org/luttons-ensemble/>

¹⁶ En gros, tout ce qui constitue et alimente les stratégies de concurrence commerciale et de consommation.

¹⁷ Laurentin Emmanuel, Cambreling Chloë, « Felwine Sarr : « Pour une économie du vivant » », *France Culture*, 25 juin 2020, En ligne, <https://www.franceculture.fr/economie/felwine-sarr-pour-une-economie-du-vivant>.

¹⁸ Gilligan Carol, *Une voix différente. La morale a-t-elle un sexe ?* Paris, Flammarion, 2019 (1982).

nous-mêmes et notre environnement, tous ces éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie »¹⁹

Plutôt que de faire du soin une morale minoritaire propre aux femmes (comme C. Gilligan), Joan Tronto l'envisage en tant que phénomène politique et social : son analyse tient compte des inégalités sociales et culturelles (de genre, de classe, de race) pour expliquer la manière dont sont réparties et perçues les activités liées au soin.

À qui reviennent ces tâches et comment expliquer leur dévalorisation ?

Joan Tronto insiste sur le fait que les activités liées au *care* sont majoritairement effectuées par des femmes, le plus souvent pauvres et racisées²⁰. Le travail du soin est mal rémunéré et peu considéré - alors même qu'il constitue un rouage essentiel du fonctionnement de la société - parce qu'il est effectué par des personnes qui se trouvent « en bas de l'échelle sociale » (travail des dominé.e.s au service des puissant.e.s). Cette dévalorisation systématique s'explique également par le fait qu'on associe le soin avec la sphère privée, la sphère de l'affect et de la proximité, connotée « féminine ». Le fait de considérer ce travail comme une tâche « naturelle » pour les femmes empêche de le reconnaître comme un travail difficile puisqu'il mobilise des compétences prétendument innées et non durement acquises, ne méritant donc pas un équivalent en rémunération. Par ailleurs, la fragmentation des activités du soin (elles sont omniprésentes et disséminées dans tous les domaines de la société) rend invisible leur place pourtant centrale dans la vie sociale. Enfin, ces activités sont dévalorisées parce qu'elles s'opposent à ce que nous valorisons dans nos représentations culturelles : « puisque notre société (néolibérale) considère la réussite publique, la rationalité et l'autonomie comme des qualités louables, le *care* est dévalorisé dans la mesure même où il incarne les qualités opposées »²¹.

Dès lors, le fait de revaloriser le soin passe notamment par un changement dans notre conception de l'être humain. Ce changement nécessite de déconstruire le modèle de l'individu autonome comme figure idéale - alors que cette autonomie repose sur une distribution inégale du pouvoir, des ressources et des distinctions sociales. Cela nécessite également de reconnaître et de valoriser la vulnérabilité de l'être humain qui fait de lui un être interdépendant, et de miser sur les rapports de solidarité et de soin qu'il peut entretenir avec celles et ceux qui l'entourent.²²

¹⁹ Tronto Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009 (1993), p. 143.

²⁰ Voir aussi Vergès Françoise, *Un féminisme décolonial*, Paris, La Fabrique, 2019

²¹ Tronto Joan, *op. cit.*, p. 162

²² Brugère Fabienne, « Pour une théorie générale du « care ». A propos de J. Tronto, Un monde vulnérable, pour une politique du care, La Découverte », *La vie des idées*, 8 mai 2009, En ligne, <https://laviedesidees.fr/Pour-une-theorie-generale-du-care.html>

Changer de regard - vers une autre conception de la vulnérabilité ?

Autonomie « relationnelle » et connexion au monde

Nous ne sommes pas égales/aux dans la manière dont nous sommes affecté·es par le virus. Par contre, la crise sanitaire nous confronte toutes et tous à notre propre vulnérabilité. La maladie, omniprésente dans le discours médiatique, fait prendre conscience de la fragilité de la vie, de notre dépendance à l'égard d'autrui²³. La crise sanitaire nous encourage à reconnaître que nous sommes des êtres vulnérables, mortels et dépendants.

Or, la vulnérabilité n'est pas seulement synonyme de fragilité. Elle est ce qui nous permet d'être touché.e.s, impacté.e.s, parfois meurtri.e.s : la vulnérabilité nous octroie une forme de sensibilité qui permet de laisser résonner en nous un peu ce qui nous entoure. Elle constitue une forme d'ouverture à l'autre et au monde. Elle met en évidence nos liens de dépendance et notre besoin d'être nourri.es par l'extérieur. Dans la connotation négative que lui attribue la pensée courante (cartésienne et libérale), le terme est synonyme de fragilité et de contrainte (de dépendance négative). Envisagé, au contraire, sous l'angle différent que cherchent à valoriser les éthiques du *care*, il devient synonyme d'empathie, de connexion, de capacité à soigner et être soigné.e, de solidarité et de participation au monde.

On peut voir dans la crise sanitaire une invitation à réhabiliter la notion de *vulnérabilité ordinaire*, comme nous y encouragent les théories du *care* depuis plusieurs décennies. Réhabiliter la vulnérabilité ordinaire, ce serait reconnaître que la dépendance et la vulnérabilité « ne sont pas des accidents de parcours qui n'arrivent qu'aux autres, quels qu'ils soient » mais « des traits de la condition de tout un chacun, même si les mieux lotis ont la capacité d'en estomper ou d'en nier l'acuité »²⁴. Cette vision de l'être humain insiste sur le fait que nos capacités et notre individualité sont développées au sein des relations avec les autres et le monde social. Le féminisme encourage une vision concrète et *située* de l'individu (impacté par le milieu social, économique et culturel dans lequel il évolue) qui s'oppose à la vision libérale d'un individu abstrait et désengagé, mû par sa seule volonté, indépendamment de ce qui l'entoure. Nous connaissons toutes et tous des périodes de fragilité et de dépendance en raison de notre condition d'êtres corporels et temporels (enfance, vieillesse, accidents). Cette manière de concevoir l'être humain intègre pleinement les dimensions de vulnérabilité et de dépendance, tout en mettant l'accent sur les rapports d'interconnexion qui nous lient les un.es aux autres. Dans cette conception des choses, la dépendance peut être envisagée comme une relation nécessaire et potentiellement positive.

²³ Pelluchon Corine, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité. Les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011.

²⁴ Maillard Nathalie, *op. cit.*, p.187.

« La vulnérabilité a d'importantes conséquences morales. Elle apporte un démenti au mythe selon lequel nous serions des citoyens toujours autonomes et potentiellement égaux »²⁵

Cette vision alternative de l'être humain engage ainsi une autre vision de l'autonomie, que l'on peut qualifier de « relationnelle ». Le fait d'être autonome a longtemps été associé à l'idée d'un sujet isolé et autosuffisant. Or, associer autonomie et indépendance est trompeur : il s'agit d'un mythe qui ne tient pas compte du fait que nous sommes, en tant qu'êtres vivants, toujours connecté.es et dépendant.es de ce qui nous entoure. Rechercher l'autonomie (une forme de liberté dans ses actions et ses choix) n'est pas contradictoire avec le fait de nourrir des liens de dépendance. Percevoir les choses de cette manière permet de défendre une autre vision de la responsabilité, qui n'est dès lors plus vécue comme un fardeau mais comme une manière réciproque d'être en lien et de prendre soin.

« L'individu le plus autonome (...), n'est pas celui qui a le moins d'engagement et de responsabilité envers autrui. Être motivé par la solidarité ou par les liens affectifs qui nous attachent aux autres ou à une communauté particulière (...) n'est pas incompatible avec l'autonomie, dans la mesure où nous continuons à exercer à l'égard des choix que nous faisons une réflexion critique. (...) L'agir autonome n'implique pas que nous échappions miraculeusement à toute influence sociale mais plutôt que nous soyons en quelque sorte capables de lui répondre »²⁶.

Peut-être le rôle d'une éducation populaire féministe revient-il à engager cette réflexion critique en questionnant nos représentations culturelles et en proposant une autre lecture des concepts qui sont directement liés à nos vies concrètes et ordinaires - comme c'est le cas de la vulnérabilité.

Qu'est ce que ces conceptions alternatives peuvent changer, concrètement ?

Ce changement de conception a des répercussions concrètes : les représentations culturelles ont beaucoup de poids sur notre capacité à faire et assumer des choix (et donc, à être autonome). La manière dont on définit les styles de vie qui ont de la valeur (ou non) influence les choix de vie que nous faisons. Certains modes de vie où la relation de soin est centrale (comme dans les métiers du care ou comme le choix de ne pas travailler à temps plein pour donner plus de temps à sa créativité, ses proches, le lieu où l'on vit) ne peuvent pas être une véritable option si, malgré un attrait individuel, ils sont mésestimés en raison de certaines représentations culturelles. C'est pourquoi il est important de se questionner sur ce que signifie « une vie bonne » : qu'est-ce qui est essentiel pour bien vivre ? Cette vision de ce qui m'est essentiel afin de me sentir bien et de trouver du sens à ma vie rentre-t-elle en contradiction avec ce qui est prôné par les discours sociaux (sur la place du travail, le couple, les aspirations, les priorités,...). Les questionnements

²⁵ Tronto Joan, *op.cit.*, p. 181.

²⁶ Maillard Nathalie, *op. cit.*, p. 80, 82.

éthiques ne sont pas d'austères discours moralisateurs mais des pistes, des encouragements à formuler des choix qui proviennent d'une réflexion et d'une intime conviction, et non de la reproduction d'une norme²⁷.

Pascale Molinier, spécialiste des théories du *care*, s'indignait dans une récente interview de la « déconnexion complète de celles et ceux qui nous gouvernent avec le fait que l'« on a un corps, (que) ce corps est vulnérable et (qu')il faut s'en occuper »²⁸. Autrement dit, le discours politique reste selon la psychologue « érigé par une certaine expérience technocrate et économique qui n'est pas en lien avec les expériences ordinaires, vécues et formalisées principalement par des femmes »²⁹. D'où l'urgence de « faire de la politique en fonction de nos vies, non pas comme un ensemble de statistiques (...) mais comme des vies singularisées, en relation, d'individus affectés par ce qui leur arrive »³⁰.

Une définition plus réaliste de l'individu, qui reconnaîtrait pleinement sa dimension vulnérable et le fait qu'il sera nécessairement amené, à un moment ou à un autre de sa vie, à être bénéficiaire et pourvoyeur de soin³¹ aurait des impacts concrets en matière de politique. En effet, cela reviendrait à considérer que les personnes vulnérables possèdent un droit à être aidées qui ne relève pas (uniquement) de la sphère des relations privées ou de nos « devoirs naturels ». Et donc à introduire le « travail du soin » comme élément fondamental et reconnu de la société, en valorisant davantage les institutions qui s'occupent des personnes sujettes aux fragilités (maladie, handicap, détresse liée à la prime enfance ou à la vieillesse,...) : hausse des salaires du personnel et du budget accordé aux hôpitaux, amélioration des conditions de travail, politique d'attractivité pour les métiers de la santé, etc.³²

Cela reviendrait aussi à donner une place importante aux systèmes et programmes éducatifs capables de questionner les normes culturelles et d'engager une réflexion sur ce qu'est « une vie bonne » (repenser les programmes scolaires en intégrant l'éthique du *care*, le concept de consentement, questionner la hiérarchie, mieux

²⁷ Voir notamment : Herla Roger, « Qu'est-ce qu'une vie digne ? Entre savoirs savants et expériences, entre recherche et passage à l'action », *Publications du CVFE*, décembre 2017, en ligne, <https://www.cvfe.be/publications/etudes/162-qu-est-ce-qu-une-vie-digne-entre-savoirs-savants-et-experiences-entre-recherche-et-passage-a-l-action> ; Judith Butler, *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?*, Paris, Payot, 2014 ; Roger Herla, « Apports féministes à la critique du travail », *Publications du CVFE*, mai 2018, en ligne, <https://www.cvfe.be/publications/analyses/53-apports-feministes-a-la-critique-du-travail>.

²⁸ Charlotte Bienaimé, « Prendre soin, penser en féministes le monde d'après », *Un podcast à soi*, n°26, Arte radio, en ligne, <https://www.arteradio.com/son/61664127/prendre-soin-penser-en-feministes-le-monde-d-apres-26>

²⁹ *Ibidem*. Sur cette question, voir notamment : Cindy Pahaut, « Au bonheur des dames? Derrière le point d'interrogation », *Publications du CVFE*, décembre 2018, en ligne, <https://www.cvfe.be/publications/analyses/168-au-bonheur-des-dames-derriere-le-point-d-interrogation>

³⁰ Charlotte Bienaimé, « Prendre soin, penser en féministes le monde d'après », *op. cit.*

³¹ Maillard Nathalie, *op. cit.*, p. 158-159.

³² <https://lasanteenlutte.org/nos-revendications/>

diffuser les réflexions d'éducation permanente,...) et de donner, dans nos théories sociales et politiques, une place plus centrale à l'accès aux soins médicaux³³. Les témoignages et revendications des travailleurs/euses du soin (#santéenlutte) et du personnel enseignant, formulés depuis des années et davantage relayés depuis le début de la crise sanitaire, pourraient servir de base aux changements du « monde d'après » qu'on voudrait voir venir...le plus rapidement possible³⁴.

Héloïse Husquinet, COVID-19 : une crise du soin ? Vers une autre conception de la vulnérabilité

Collectif contre les violences conjugales et l'exclusion (CVFE asbl) : rue Maghin, 11- 4000 Liège.

Publications (analyses et études) : www.cvfe.be

Contact : Héloïse Husquinet - heloise.husquinet@gmail.com Roger Herla - rogerherla@cvfe.be – 0471 60 29 70

Avec le soutien du Service de l'Éducation permanente de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Wallonie.

³³ *Idem*, p. 213.

³⁴ Voir par exemple les revendications collectives émises par les professionnel.le.s du soin sur cette plateforme : <http://lasanteenlutte.org/?fbclid=IwAR1UUxpmOLc-fJ2vA7mR76-BSogSRnUVypmiF6P7NsJaJIvevz2ZiY8iMJU>