

Repenser les métiers du prendre soin à l'aune des théories du *care*



MÉTROPOLE

GRAND LYON

Sommaire

Introduction	3
Des métiers divers, mais des trajectoires communes ?	4
• Enseignement 1 : Des structures sous fortes contraintes	5
• Enseignement 2 : Des métiers gagnés par le désengagement	5
• Enseignement 3 : Des processus d'insertion et d'intégration qui croisent des logiques d'assignation	6
• Enseignement 4 : Des métiers accessibles aux hommes à condition qu'ils restent des hommes	6
• Enseignement 5 : Le casse-tête de l'autodétermination des usagers	7
Relire les résultats des enquêtes à l'aune de l'éthique du care	8
Rappel : Le care et les éthiques du care	9
• Tension 1 : Éthiques du care ou éthiques procédurales : Comment articuler les cadres des métiers du care ?	10
• Tension 2 : Professionnaliser les métiers du care sans les procéduraliser	11
• Tension 3 : Masculiniser les métiers du care sans y introduire d'inégalité de genre	12
• Tension 4 : La gageure d'associer le singulier et le collectif	13
Bibliographie	14

Novembre 2025
Métropole de Lyon

Coordination

Direction de la Prospective et du Dialogue Public (DPDP)

Rédaction

Jean-Loup Molin, directeur adjoint de la DPDP
 et Ludovic Viévard, FRV100, membre du réseau de veille DPDP

Réalisation

DPDP

Illustrations AdobeStock

Repenser les métiers du prendre soin à l'aune des théories du care¹

Au titre de ses compétences, la Métropole de Lyon a la charge de la mise en œuvre de politiques sociales et médico-sociales. Or, les métiers du prendre en soin sont touchés par un manque d'attractivité. En cause, de multiples facteurs, tels que des rémunérations faibles, des horaires atypiques, de la pénibilité physique, une exposition à la souffrance physique, psychologique ou sociale des usagers, etc.

Il en résulte que la plupart des structures sociales et médico-sociales sont confrontées à un important *turnover*, avec des collectifs de travail incomplets ou instables, sous pression et pas toujours bien formés, ce que les usagers paient parfois du prix d'une quasi-maltraitance.

La Métropole a donc souhaité réinterroger les facteurs d'engagement dans ces métiers (le sens des missions, les relations de travail, etc.) pour comprendre ce qui a pu évoluer dans les aspirations et les vécus au travail et identifier des leviers d'action.

Pour ce faire, son service prospective a conduit une série de sept enquêtes thématiques², chacune explorant un prisme constituant une voie d'entrée dans le sujet : l'ethnicité, le genre, la formation, l'âge, le management, etc. De plus, les enquêtes couvraient une variété de terrains et de situations (vieillesse ou protection de l'enfance, en institution ou à domicile, aide-soignant ou éducateur, etc.) permettant de porter un regard large sur la diversité des métiers et des situations.

Dans une première partie de ce texte, nous présentons quelques-uns des grands enseignements de ces travaux, puis, dans un second temps, nous chercherons à mobiliser le cadre des théories du care pour une relecture des métiers qui en relèvent.

1. Note : Ce texte est la reprise d'une intervention proposée au séminaire « Métiers du lien, du soin et de la santé » organisé par la Plateforme de l'observation sanitaire et sociale (PFOSS) Auvergne-Rhône-Alpes le 14 octobre 2025 à Ocellia, Lyon.

2. Les enquêtes sont consultables sur le site millenaire3.com, site de la prospective de la Métropole de Lyon. Elles sont groupées dans un dossier intitulé « Prendre soin des métiers du prendre soin ».

Des métiers divers, mais des trajectoires communes ?

À titre de précaution méthodologique, il faut souligner la difficulté de parler globalement des métiers du prendre soin, car les situations sont très diverses. La liste des métiers en tension en AURA dressée par France Travail en 2023 pour le secteur « santé humaine et action sociale » met en évidence que tous les métiers ne sont pas logés à la même enseigne.

Elle montre des difficultés de recrutement plus importantes pour les aides à domicile (intégrant aide-ménagère) (87 %) que pour d'autres métiers : aide-soignant (77 %), assistante maternelle (72,5 %), éducateurs spécialisés (65 %). Et aux disparités entre les métiers se superposent d'autres spécificités, selon les publics accompagnés (la violence des situations est, par exemple, plus importante en psychiatrie et en protection de l'enfance) ou selon le type de structure où l'on exerce (par exemple, les relations à l'utilisateur seraient plus riches à domicile qu'en établissement ou les horaires de travail seraient plus favorables en établissement qu'à domicile).

Toutefois, au-delà de ces précautions méthodologiques qui mettent en avant la variété des situations, il se dégage des similitudes qui forment cinq enseignements que l'on peut tirer de nos enquêtes.



Enseignement 1

Des structures sous fortes contraintes

Les études ont révélé des situations de crises, parfois très profondes et souvent chroniques. Par exemple, dans des établissements de la protection de l'enfance qui semblent avoir atteint un stade de dysfonctionnement systémique tel qu'il semble difficile de reprendre la main. Globalement, le sentiment qui se dégage des enquêtes est le peu de marges de manœuvre dont disposent les structures du secteur pour conduire leurs transformations. Un exemple caractéristique est celui de la formation. Tous, employeurs comme employés, s'accordent à considérer la montée en qualification comme une trajectoire gagnant-gagnant.

Toutefois, les structures, chroniquement en sous-effectif, peinent à tenir leur planning et ne sont pas toujours en mesure d'accorder

les formations aux professionnels qui le demandent, ou imposent une ancienneté dans le poste avant de valider la formation. De la même façon, des structures renoncent parfois à accueillir des stagiaires pour des raisons budgétaires ou par manque de capacité d'encadrement. L'enquête auprès des étudiants indique aussi que de nombreux stages se passent mal, notamment lorsque les équipes d'accueil sont marquées par un fort *turnover*. Du côté des écoles, on évoque une crise du recrutement liée à l'image dégradée des métiers, mais aussi à Parcoursup. Recrutés juste après le bac, nombre d'étudiants entrent dans les écoles très jeunes, sans expérience préalable et parfois sans que ce soit leur premier choix. Ce manque de maturité pèse ensuite sur les études et provoque des situations de ruptures lors des stages.

Enseignement 2

Des métiers gagnés par le désengagement

Ces métiers qui sont des métiers d'engagement deviennent aussi des figures du désengagement. Les enquêtes auprès de jeunes professionnels montrent qu'au-delà des nécessités économiques, l'entrée dans le métier est aussi motivée par des considérations humaines et de solidarité (aider son prochain). Souvent, des facteurs biographiques expliquent cet engagement. Il s'agit alors de pouvoir «réparer» (à propos d'une aide que l'on n'a pu apporter à un proche), de «rendre» (à propos d'une aide qui nous a été apportée) ou de «continuer» à accompagner des personnes (par exemple, lorsqu'on a été un aidant familial).

Pourtant, le *turnover* indique que des processus de désengagement sont aussi à l'œuvre. Les enquêtes le font nettement ressortir. On le lit, lorsque, dans les établissements, des professionnels s'occupent des patients avec leurs écouteurs sur les oreilles. Face à la dureté des

situations, chacun se protège comme il peut, mais on a ici, *a minima*, un signe de mise à distance, voire de désengagement. Autre exemple, la figure sacrificielle, très présente dans certains secteurs, comme la protection de l'enfance ou la protection maternelle et infantile, est en recul parmi les jeunes recrues qui souhaitent poser des limites à leur engagement. La souffrance éthique, que l'on définit comme le fait de souffrir de ne pas pouvoir apporter à l'utilisateur ce qu'on lui doit et ce dont il a besoin, motive de nombreux départs, y compris parmi les professionnels les plus engagés. Des professionnels de plus en plus nombreux font le choix de l'intérim pour pouvoir maîtriser la charge émotionnelle à laquelle ils sont confrontés. La montée des contrats courts au sein des collectifs de travail devient un facteur majeur de dysfonctionnement. Cela explique peut-être pourquoi un manager excédé interrogé dans l'enquête parle de «mercenariat» pour qualifier cette vogue de l'intérim.

Enseignement 3

Processus d'insertion et d'intégration qui croisent des logiques d'assignation

Les enquêtes mettent en évidence que l'aide à la personne constitue pour les femmes migrantes une filière d'insertion professionnelle attractive : on peut y être recrutée sans diplômes (et parfois sans papiers) et y évoluer grâce aux formations. Mais pour les structures employeuses, recruter des personnes migrantes relève souvent du parcours du combattant, car de multiples freins doivent être levés simultanément : la langue parfois, la situation administrative, le logement, la garde des enfants, la mobilité, le compte bancaire, etc. Certaines s'y emploient pour faciliter les embauches et fidéliser les personnes, mais elles évoquent quelquefois leur impuissance et demandent de l'aide.

Cela posé, le prisme de l'ethnicité fait apparaître deux problématiques. La première est que les personnes racisées sont confrontées au racisme de certains usagers.

Cela pose la question de savoir comment agir sur cette réalité. Comment traiter ces situations ? Faut-il produire des chartes, des procédures, user de sanctions ? Faut-il, tout en veillant à protéger ses professionnels, déployer un effort de pédagogie, de conviction, et ainsi miser sur la rencontre de l'autre ? La seconde problématique est celle de l'assignation. Ainsi, constate une enquêtée : « Aide à domicile, c'est un métier qu'on impose aux gens comme moi qui arrivent en France et qui n'ont pas de papier ou pas de diplôme. Au début elles veulent faire autre chose, mais Pôle emploi les dirige vers des métiers comme ça ». Ce propos qui traduit une réalité vécue par des femmes, souvent racisées ou migrantes, étaye des constats d'une assignation problématique des femmes et des classes dominées aux métiers du prendre soin.

Enseignement 4

Des métiers accessibles aux hommes à condition qu'ils restent des hommes

Le volet de l'enquête conduit sur le genre nous a conduits à interroger des professionnels de sexe masculin. Nous les avons questionnés sur la façon dont ils avaient vécu différents temps de leur vie professionnelle (formation, stage, premier emploi, évolution de carrière, etc.). Nous leur avons également demandé ce qu'ils pensaient apporter aux bénéficiaires et à leurs collègues. Nombreux sont ceux qui indiquent que leur entrée dans le métier relève d'un choix véritable, et que leur genre a facilité leur parcours au point qu'on peut parler d'un effet « escalator de verre » qui décrit une progression de carrière accélérée.

Mais pourquoi chercher à recruter des hommes alors que la gestion de l'intime (rapport au corps, à la sexualité) constitue, selon le témoignage de structures employeuses, un facteur limitant, car

certaines tâches leur seront plus difficilement confiées qu'à des femmes ? C'est que la réponse est à chercher ailleurs. La présence masculine permettrait de fluidifier la relation avec des usagers du même sexe. Un exemple issu de l'enquête est celui des papas qui se sentiront mieux accueillis à la crèche. En outre, et alors que cela ne correspond souvent pas à la demande des recrues masculines, il est massivement attendu des hommes qu'ils endossent un rôle genré. Incarner l'autorité de la figure paternelle auprès des enfants en foyers, tenir le rôle du costaud qui peut intervenir face à un usager en colère ou pour lever les patients, etc. Il est aussi attendu de leur présence qu'elle régule les équilibres des collectifs de travail, notamment parce qu'ils sauraient mettre à distance les affects.

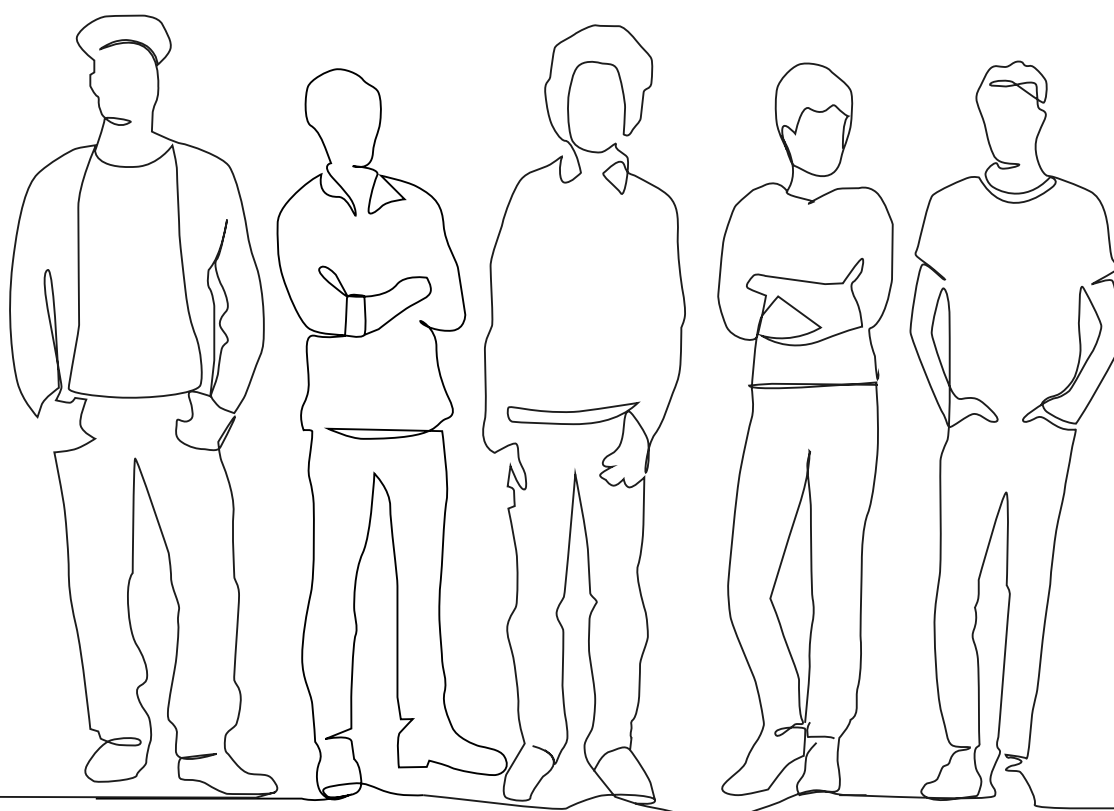
Enseignement 5

Le casse-tête de l'autodétermination des usagers

Depuis une vingtaine d'années, on donne de plus en plus la parole aux bénéficiaires. S'agissant de sujets qui touchent la sphère intime (son corps, son chez-soi quand l'accompagnement est à domicile), il peut sembler naturel d'entendre la demande des usagers, y compris lorsqu'elles disent «cette personne ne me convient pas, j'aimerais en changer».

Mais les enquêtes sur le genre et sur l'ethnicité montrent que cette problématique est un sujet de préoccupation pour les structures. Derrière ses souhaits, on trouve parfois des intentions racistes. Faire droit à des demandes sur le genre ou sur l'ethnicité ne conduit-il pas à discriminer les intervenants sur des critères légaux de discrimination ?

Répondre, dans le service public, à des demandes d'appariement de type religieux ne constitue-t-il pas des entorses à la laïcité ? Etc. À nouveau, comment gérer ces situations ? Faut-il passer par la règle ou par l'écoute, la discussion ou l'adaptation au contexte ?



Relire les résultats des enquêtes à l'aune de l'éthique du *care*

Nous avons nommé les métiers enquêtés « métiers du prendre soin ». Nous aurions aussi pu utiliser « métiers du *care* », selon la formulation courante. Mais le *care* fait référence à un champ théorique et à une posture éthique qui risquait d'influencer nos analyses ainsi que le regard qui serait porté sur celles-ci.

Aujourd'hui que les résultats sont là, il nous a semblé intéressant de les replacer dans ce cadre théorique, puisqu'il est de plus en plus mobilisé par les professionnels de ces secteurs. C'est même leur recours à ce cadre de référence qui nous a intrigués tant il est apparu que le décalage étant important entre les théories du *care* et les pratiques professionnelles dans ces métiers. Ce qui nous a frappés, c'est que ceux-ci adoptent la terminologie du *care*, mais qu'ils ne s'inscrivent pas totalement dans le cadre théorique du *care*, tel qu'il a été posé par les féministes, comme Carol Gilligan, Joan Tronto, Sandra Laugier, Patricia Paperman, etc.

De fait, depuis une vingtaine d'années, les métiers du prendre soin se sont professionnalisés et spécialisés. Minutage des tâches et déresponsabilisation des professionnels au profit du management sont devenus l'usage dominant. Si cette trajectoire organisationnelle a ses raisons, elle éloigne manifestement les métiers du prendre soin des fondements du *care* et explique sans doute en partie le *turnover*.

Nous avons ainsi identifié quatre tensions qui nous ont amenées à ce questionnement : que seraient les métiers du *care* s'ils adoptaient strictement le cadre conceptuel du *care* ?

Après la présentation rapide du cadre conceptuel du *care*, nous présentons l'état de notre réflexion comme une invitation à poursuivre la mise en cohérence entre une philosophie et des métiers qui, *in fine*, visent les mêmes aspirations.

Rappel : Le care et les éthiques du care

Les éthiques du *care* se développent à partir du travail de Carol Gilligan au début des années 80. Elles partent de son interrogation sur les travaux du psychologue Lawrence Kohlberg constatant un écart significatif des réponses qu'apportent les filles et les garçons aux mêmes dilemmes moraux. Gilligan explique que les filles ont une « autre voix » que celle des garçons pour répondre à ces dilemmes. Cette voix différente s'attache moins aux concepts de droits, d'obligations, de règles, etc., qui définissent l'éthique de la justice. Au contraire, elle ouvre une perspective éthique appuyée sur l'écoute de l'autre, l'attention à l'autre, la responsabilité qui nous lie à l'autre. Elle cherche donc moins à mettre en avant des normes et des procédures générales et davantage à écouter le particulier en situation et à préserver la relation.

Et c'est en cela que les éthiques du *care* se présentent comme une critique des éthiques traditionnelles de la justice. On le voit, l'éthique du *care* cherche à pluraliser les sources de la morale. On hérite d'une histoire où l'on estimait que la société tient grâce à des règles universelles et justes, car elles s'appliquent à chacun, sans distinction d'aucune sorte. Les théoriciennes du *care* invitent à complexifier le logiciel : il faut tenir compte de la vulnérabilité de chacun, et des contextes, car les gens ne sont pas égaux face à la règle. Une société n'est pas morale seulement par ses règles, elle l'est aussi par son aptitude à prendre soin des fragilités de chacun et des relations avec autrui.



Tension 1

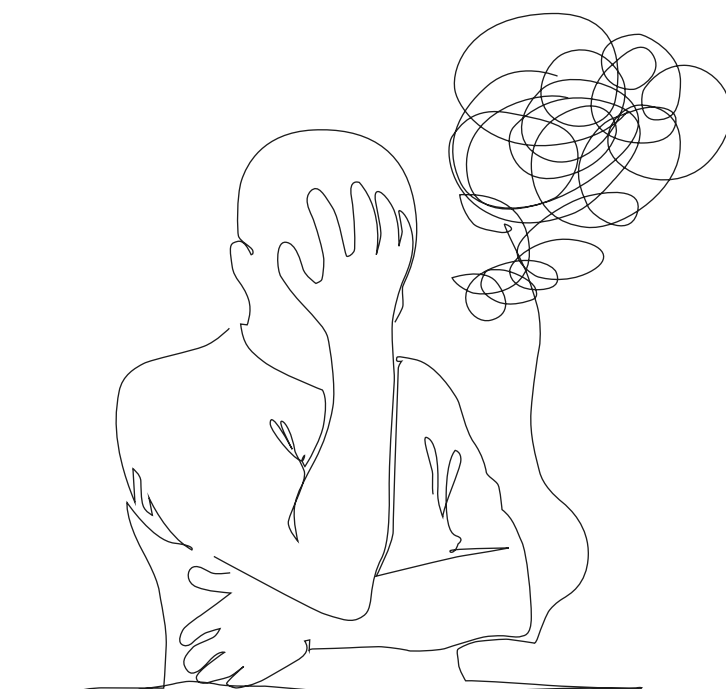
Éthiques du *care* ou éthiques procédurales : Comment articuler les cadres des métiers du *care* ?

Que dit cet écart de postures quand on l'applique aux métiers du *care* ? Comme métiers —on parle bien ici des professions et pas de l'activité—, ils sont régis par une déontologie, des règles, des référentiels, etc. Ceux-ci découlent d'une éthique procédurale, normative qui relève des éthiques classiques fondées sur la rationalité et la généralité des principes qui s'opposent aux cas particuliers. À l'inverse, les éthiques du *care* se définissent comme des éthiques de la relation, situées et attentives à la question de la vulnérabilité.

Comme l'explique la philosophe Sandra Laugier, «s'il y a une morale, elle se montre, non pas dans une réalité morale ou des règles préexistantes ou énumérables, mais dans l'immanence même des situations, des affects et des pratiques.» Enfin, les théories du *care* comportent aussi une dimension sociale : la faible valeur accordée aux métiers du prendre soin, traduirait la permanence dans notre société de logiques de domination de genre, ethnique ou sociale.

Le cadre des éthiques du *care*, on le voit, déplace l'espace normatif d'intervention des professionnels. Pour l'expliquer par un exemple, citons cette infirmière qu'il lui «arrive de prendre les gens dans les bras et de pleurer avec eux, mais déontologiquement, c'est non». Elle exprime la tension qui naît de la volonté de répondre aux besoins d'une personne vulnérable avec celle de respecter la procédure et la posture professionnelle. Dans l'une des enquêtes conduites, une formatrice explique que, pour s'engager dans ces métiers, il faut «un investissement moral». Ce point souvent rappelé au titre des facteurs d'engagement s'entend, mais pose aussi la question du cadre éthique à suivre.

La philosophe Agata Zielinski [2010] explique que «l'éthique [du *care*] ne se réduit pas à un code déontologique dont il suffirait de cocher les cases pour se déclarer moralement compétent !» La question est donc de savoir comment articuler les cadres éthiques. Quelle serait une éthique professionnelle des métiers du *care* ancrée dans l'éthique du *care* ? Comment, à la fois, donner le cadre procédural du déroulement du métier (les contraintes techniques, le séquençage du temps, les procédures médicales et administratives à respecter, l'organisation du travail, etc.) — qui relèverait d'une éthique de la justice— et l'intériorisation de cette situation d'écoute radicale, comme la nomme Carol Gilligan —qui relèverait, elle, des éthiques du *care* ?



Tension 2

Professionnaliser les métiers du care sans les procéduraliser

Les théoriciennes des éthiques du *care* soulignent l'enjeu de sortir le *care* des représentations essentialisantes qui le rattachent à un naturel féminin. Une des façons d'y parvenir est de se référer aux dimensions acquises du *care*, c'est-à-dire à l'apprentissage. Or, la question de l'apprentissage comme levier de légitimation des hommes est nettement ressortie dans le volet genre de notre enquête. La plupart des hommes rencontrés ont insisté : ils n'ont pas « besoin » d'être des femmes qui auraient par nature les compétences associées au prendre soin, parce qu'ils sont des professionnels, titulaires d'un diplôme. Un auxiliaire de puériculture en crèche explique qu'il lui arrive de signaler le comportement de collègues femmes, plus anciennes que lui. Pour cela, il met en avant sa professionnalité : « Toutes les fois où j'ai conseillé des collègues ou des stagiaires, je les conseille toujours en tant que professionnel [...], par exemple, expliquer pourquoi on porte un enfant en lui tenant les fesses et la tête. [...] Je peux argumenter physiologiquement. » [Gris, Quérel, Viévard, 2024]. Même chose chez les employeurs. Émilie, une directrice de service à domicile, explique : « On a commencé à faire accepter les hommes parce qu'ils étaient diplômés » (idem).

Mais cette dé-essentialisation du *care* par le recours à la professionnalité porte le risque de sa spécialisation et de sa technicisation, comme l'illustre l'exemple de notre auxiliaire de puériculture qui fait reposer sa compétence sur un savoir médical.

Or, le *care*, s'il ne récuse pas le besoin de savoirs techniques, relève d'autres compétences. Comment transmettre (pour l'enseignant) et apprendre (pour l'élève) l'attention à l'autre, l'écoute radicale, la vulnérabilité, etc. ? C'est bien tout l'enjeu qui nous renvoie directement au cadre d'émergence du concept du *care*. Carol Gilligan explique que, si filles et garçons ne répondent pas de la même façon aux dilemmes

moraux, c'est que l'apprentissage a silencieusement la voix des filles et formaté celle des garçons. Comment faire pour que les référentiels de formation aux métiers du *care* n'aboutissent pas, *in fine*, à silencer, au moins en partie, « la voix différente » du *care* au profit d'une approche formelle, procédurale, rationnelle ? C'est cette interrogation que soulève le didacticien Pierre Hébard [2011] dans son article : « L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui ». Son étude cible plusieurs référentiels de formation des métiers de la santé et du travail social, et notamment les parties portant sur les savoir-être. Il en conclut qu'il y a, d'un côté, un excès de prescriptions techniques et procédurales et, de l'autre, une faiblesse concernant les compétences relationnelles et sociales qui relèvent du *care*.

Ces questions de formation sont d'autant plus légitimes que pour Agata Zielinski [2010] : « La compétence place le *care* directement sur le terrain de l'habileté, de ce qui s'acquiert par perfectionnement volontaire — et par là sur le terrain de la professionnalisation ». Autrement dit, le *care* est bien compatible avec des modalités de transmission et d'apprentissage. La compétence — et donc la professionnalité — est également mise en avant par la politologue Joan Tronto. C'est ce qui permet de s'assurer de l'efficacité de la prise en soin et pas simplement de l'intention de celle-ci. Mais on voit qu'il y a bien, au cœur de cet enjeu, une question pratique concernant les modalités de cette transmission. Comment peut-on objectiver le *care* et les compétences associées ? Comment parvenir à les évaluer ? Dans « Le travail du *care* est invisibilisé », Caroline Ibos [2019] et ses coautrices écrivent : « On peut compter le nombre de repas distribués ou de toilettes faites, mais, comme on l'a vu, on ne peut pas “mesurer” un sourire. Quelle serait la bonne mesure : sa durée ? Son intensité ? Sa fréquence ? » Comment, donc, articuler les postures techniques et rationalisantes avec des postures empathiques et relationnelles ?

Tension 3

Masculiniser les métiers du *care* sans y introduire d'inégalité de genre

L'enseignement 4 a souligné les problématiques de genre des métiers du *care*. Dans ces professions fortement féminisées, les hommes y sont les bienvenus du fait qu'ils sont des hommes. C'est donc sur des stéréotypes de genre que se construit en partie la masculinisation des métiers du *care*. Un psychologue nous explique par exemple qu'avoir «un ou deux hommes dans les services en tant qu'aide-soignant ou infirmier, ça permet de canaliser des animosités, des agressivités, des comportements violents de la part des personnes». Ils amèneraient de la rationalité, de la distance, de l'autorité, etc. Des qualités perçues comme masculines et jugées nécessaires au bon fonctionnement des métiers, qu'il s'agisse de la relation aux usagers ou de l'équilibre des collectifs de travail.

Un interviewé de l'enquête explique, par exemple : «Sur cette équipe je suis celui qui prend du recul, qui pose l'affect de côté et qui analyse... qui fait une balance contre des sentiments qui sont vite exprimés. Mes collègues femmes aujourd'hui de l'équipe [elles] sont plus à fleur de peau et parlent avec de l'émotion» [Gris, Quérel, Viévard, 2024].

Mais il faut dire à quel point ce type de posture est contradictoire dès lors que l'on mobilise le référentiel éthique du *care*. D'un côté, une masculinisation des métiers, très genrée et justifiée par ce que le «masculin» peut apporter. De l'autre côté, la dénonciation des stéréotypes de genre par les penseuses du *care*. Si leur lecture des enjeux est féministe, c'est qu'elles refusent l'assignation des femmes —notamment des classes dominées— aux métiers du prendre soin.

De même, elles refusent de genrer le *care* et de dire que cette voix différente serait par essence celle des femmes. Sandra Laugier [2010] écrit de Carol Gilligan qu'elle «fait de la justice et du *care* deux tonalités ou voix, peut-être rivales, mais présentes en chacun. La voix du *care* étant moins rapidement étouffée chez les filles que chez les garçons.»

On s'est demandé plus haut comment ne pas étouffer cette voix du *care* durant l'apprentissage. Ici, la question est de savoir comment masculiniser les métiers du *care* tout en restant dans la pensée du *care* ? C'est-à-dire d'un *care* déessentialisé, hors des stéréotypes de genre et évitant les assignations. Une des conclusions de l'enquête est que, si l'on masculinise les métiers du *care* sans faire un travail pour penser la mixité, alors on risque d'introduire dans ce champ professionnel des inégalités de genre, au détriment des femmes. Ce que nous avons souligné, c'est le besoin de construire une mixité basée sur l'interchangeabilité des personnes et non sur la complémentarité des genres.

Tension 4

La gageure d'associer le singulier et le collectif

L'éthique du *care* est une éthique interindividuelle, centrée sur le contexte d'une relation singulière entre un soignant et un soigné. Cette relation bilatérale récuse toute posture normative surplombante et universaliste. Mais les organisations sociales —et donc aussi les organisations professionnelles— ne peuvent se limiter aux relations duelles, interindividuelles, et doivent se soucier des communautés. On voit comment se mettent en tension un point de vue individuel et un point de vue collectif qui vise l'objectivité et cherche à sortir des points de vue situés afin de monter en généralité.

On retrouve ici une critique qui avait été adressée à Carol Gilligan et selon laquelle le *care* manquait d'une dimension collective et donc politique. Il revient à la politologue Joan Tronto d'avoir travaillé autour d'un *care* public et politique. Elle écrit ainsi que le *care* est « considéré 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 » [Tronto, 2009]. C'est donc un double élargissement qu'elle esquisse. D'abord en passant du vivant humain à l'ensemble du vivant (ce qui autorisera une pensée du *care* environnemental). Ensuite, en passant d'une responsabilité individuelle à une responsabilité plus collective.

Ici, la question qui se pose est de savoir comment ajuster référentiel de la justice et référentiel du *care* pour autoriser un double régime éthique, celui de l'organisation collective du *care* (formation, SSIAD, SAAD, administration, etc.) et celui des personnels du prendre soin ? C'est ce que souligne Philippe Svandra, formateur et philosophe, quand il souligne la nécessité d'associer la relation de sollicitude, qui est une responsabilité pour autrui et qui engage la relation interindividuelle, avec la justice, qui est une responsabilité devant les autres, qui engage le lien social.

Bien sûr, cette mise en tension est ressortie dans les enquêtes que nous avons conduites. Elle rejoint celle précédemment soulignée sur l'impossibilité d'associer la déontologie et l'écoute radicale, mais s'énonce ici sous l'angle un peu différent, moins éthique qu'organisationnel. Ainsi a-t-il été régulièrement exprimé que les postures situées des professionnelles entrent en conflit avec les process des structures dans lesquelles elles travaillent. Cette tension concerne les « contraintes de temps et de moyens qui peuvent entraîner des conflits éthiques sur le “bien travailler” et le “prendre soin” » [Le Jeune, 2024].

Aujourd'hui, de nouvelles approches organisationnelles semblent se diffuser pour renouer avec les fondamentaux du prendre soin et s'inscrire dans une approche de la relation plus en lien avec la pensée du *care*. Des SAAD tentent de s'inspirer de la méthode néerlandaise Buurtzorg³ (soins de quartier ou soin de proximité) qui réduit la place de l'encadrement, redistribue de l'autonomie et des responsabilités aux équipes sur le terrain et replace l'usager au cœur du système afin de lui apporter ce dont il a besoin à l'instant T et pas forcément ce qui était planifié. Une méthode qui a fait ses preuves aux Pays-Bas, mais dont l'importation en France suppose de revoir en profondeur nos modalités pratiques de prise en soin, abandonnant, par exemple, une approche de la tarification à l'acte pour favoriser la rémunération au temps passé. On le voit, les obstacles à la mise en œuvre de nouvelles philosophies se logent parfois dans des détails pratiques. À moins que ceux-ci, plus que des détails, soient les révélateurs de nos dérives.

3. Voir Viévard, 2025.

Bibliographie

- Gris, M., Quérel, A., Viévard L., 2024 : « Attractivité des métiers du prendre soin et du lien : Représentation de Genre et pratiques professionnelles », Direction de la prospective et du dialogue public, Métropole de Lyon.
- Hébrard P., 2011 : « L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui ». Les Sciences de l'éducation — Pour l'Ère nouvelle, 44 (2).
- Ibos, C., Damamme, A., Molinier, P. et Paperman, P. (2019) : « Le travail du *care* est invisibilisé. Vers une société du *care* : Une politique de l'attention ». Le Cavalier Bleu.
- Laugier S., 2010 : « L'éthique du *care* en trois subversions », Majeure 42. Gouines rouges, viragos vertes.
- Le Jeune A., 2024 : « Métiers du prendre soin et du lien : Les facteurs d'engagement », DPDP, Métropole de Lyon.
- Tronto J., 2009 : « Un monde vulnérable. Pour une politique du *care* », trad. Hervé Maury, La Découverte.
- Viévard L., 2025 : « Le *care*, un nouveau rapport aux autres et au monde », synthèse, DPDP, Métropole de Lyon.
- Zielinski A., 2010 : « L'éthique du *care*. Une nouvelle façon de prendre soin ». Études, Tome 413 (12).



Retrouvez toutes les études sur millenaire3.grandlyon.com

M3



PRENDRE SOIN DES MÉTIERS DU PRENDRE SOIN

1. Les facteurs d'engagement dans le métier
2. Représentations de genre et pratiques professionnelles
3. Parcours migratoires et relations interculturelles dans les métiers de l'aide à domicile
4. Regards croisés de jeunes en formation et de formateurs
5. Les écoles de travail social à la croisée des chemins
6. De la violence des situations de travail au travail institutionnel de la violence
7. Un *turnover* lourd de conséquences pour les structures. Quelles pistes de solutions ?
8. Pourquoi on candidate, on tient, on s'en va (Synthèse des enquêtes)
9. Nina Sahraoui, sociologue : « L'éthique du care propose une définition et une vision de la société centrées autour des relations de soin »

Retrouvez toutes les ressources

millenaire3.grandlyon.com

le site de la prospective de la Métropole de Lyon

Direction de la prospective
et du dialogue public
20 rue du Lac
CS 33569 - 69505 Lyon cedex 03

MÉTROPOLE

GRAND LYON

grandlyon.com