

PETITE  
COLLECTION

bioéthique  
critique

# *Le care* au cœur de la pandémie

Sous la direction de  
**VANESSA NUROCK**  
**MARIE-HÉLÈNE PARIZEAU**







**Le *care* au coeur  
de la pandémie**

COLLECTION  
**bioéthique**  
critique

Sous la direction de Marie-Hélène Parizeau

L'objectif principal de cette collection est la diffusion en langue française de résultats de recherche originaux dans le champ de la bioéthique et de l'éthique de l'environnement.

La bioéthique est entendue dans un sens large qui inclut son orientation biomédicale traditionnelle mais aussi ce qu'on appelle l'éthique de l'environnement.

« Bioéthique critique » est donc une collection conçue comme un carrefour de réflexion multidisciplinaire et interdisciplinaire, d'abord éthique, mais, à l'heure de la globalisation, aussi en lien avec le politique. Ce carrefour permet que l'on s'interroge collectivement, d'une part, sur les conséquences des nouvelles technologies en biomédecine sur l'être humain et, d'autre part, sur la relation de l'être humain à la nature-environnement. Cette collection constitue un lieu de discussion ouvert sur le monde et sa diversité culturelle.

La collection veut promouvoir d'abord les résultats de recherche originaux, mais aussi les ouvrages collectifs, les essais et à l'occasion la traduction d'ouvrages significatifs de bioéthique en langue française.

# Le *care* au coeur de la pandémie

Sous la direction de

VANESSA NUROCK ET  
MARIE-HÉLÈNE PARIZEAU



Presses de  
l'Université Laval

Financé par le gouvernement du Canada  
Funded by the Government of Canada

Canada

Nous remercions le Conseil des arts du Canada de son soutien.  
We acknowledge the support of the Canada Council for the Arts.



Conseil des arts du Canada  
Canada Council  
for the Arts

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

**SODEC**

Québec 

Gravure originale : Monique Parizeau  
Maquette de couverture : Laurie Patry  
Mise en pages : Danielle Motard  
Révision : Marie-Hélène Lavoie

ISBN papier : 978-2-7637-5634-9  
ISBN pdf : 9782763756356

© Les Presses de l'Université Laval  
Tous droits réservés.  
Imprimé au Canada  
Dépôt légal 1<sup>er</sup> trimestre 2022

Les Presses de l'Université Laval  
[www.pulaval.com](http://www.pulaval.com)

*Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.*

# Table des matières

Liste des auteurs	XI
Introduction	1
<b>Le <i>care</i>. Un concept pour le COVID</b>	<b>11</b>
<i>Sandra Laugier</i>	
Le retour du patriarcat	14
Leçons de <i>care</i>	19
Le visible ou l'invisible ?	23
Intersectionnalité	33
Et le féminisme ?	36
<b>Quelle responsabilité à l'heure du COVID ?</b>	<b>41</b>
<i>Vanessa Nurock</i>	
Introduction : la crise sanitaire au croisement d'une crise de confiance et d'une crise de responsabilité	41
Responsabilité et relations	45
Responsable : qui, de quoi et envers qui ?	45
Un exemple : le discours sur les masques en France	47
Penser la responsabilité en termes relationnels à l'heure du COVID	51
Responsabilité relationnelle et <i>care</i>	55
Catastrophisme éclairé et optimisme raisonné	57
De la logique du risque à la logique du <i>care</i>	61

<b>La pandémie du COVID-19 : entre vulnérabilités sociales et systèmes techniques</b>	<b>65</b>
<i>Marie-Hélène Parizeau</i>	
Introduction	65
De la vulnérabilité	67
La civilisation technicienne	72
La pandémie du COVID-19 : la vulnérabilité comme l'envers de la civilisation technicienne ?	80
La prévision technique et les vulnérabilités humaines	81
L'élimination des activités non techniques	86
Les enjeux de justice et de vulnérabilité	92
Vulnérabilité de la démocratie	97
En guise de conclusion	99
<b>Le care et la collecte des données numériques en santé</b>	<b>107</b>
<i>Margo Bernelin</i>	
1. Un care affiché, justifiant une collecte sans précédent de données	111
1.1 Une collecte sans précédent de données numériques mise en œuvre au nom du care	112
1.2 Le care/cure et le care/privacy	117
2. Un care tantôt évacué, tantôt surévalué, dans le cadre de la collecte sans précédent de données	121
2.1 Le care évacué au profit de logiques présentées comme techniques	122
2.2 Un care surévalué, invisibilisant la critique	127
<b>Care et culture scientifique au Japon</b>	<b>137</b>
<i>Anne Gonon</i>	
Introduction	137
Une parole officielle opaque	140
Que faire dans l'incertitude ?	145

Aller plus loin que la communication sur les risques - le <i>care</i> comme approche	150
Conclusion	157
<b>Habiter le soin. Une vulnérabilité vulnérabilisante</b> <i>Pascale Molinier</i>	<b>161</b>
<b>Care et résilience</b> <i>Alexandre Gefen</i>	<b>177</b>



# Liste des auteurs

**Margo Bernelin**, chargée de recherche, CNRS, UMR 6297  
Droit et changement social à l'Université de Nantes

**Alexandre Gefen**, directeur de recherche, UMR Théorie et  
histoire des arts et des littératures de la modernité,  
directeur adjoint scientifique à l'Institut des sciences  
humaines et sociales au CNRS

**Anne Gonon**, professeure de sciences sociales à l'Université  
de Dôshisha au Japon

**Sandra Laugier**, professeure de philosophie de l'Université  
de Paris 1, UMR 8103 Institut des sciences juridique  
et philosophique de la Sorbonne

**Pascale Molinier**, professeure de psychologie sociale à  
l'Université Sorbonne Paris Nord, Unité Transversale  
de recherche de psychogénèse et psychopathologie

**Vanessa Nurock**, Centre de Recherches en Histoire des Idées  
(CRHI) professeure au département de philosophie de  
l'Université de Côte d'Azur et titulaire de la Chaire  
UNESCO d'Éthique du Vivant et de l'Artificiel (EVA)

**Marie-Hélène Parizeau**, professeure titulaire à la faculté de  
philosophie de l'Université Laval à Québec



# Introduction

La pandémie du COVID-19 est devenue synonyme de chocs, d'ébranlements profonds, de soubresauts n'épargnant ni les habitants des pays pauvres, ni ceux des pays riches – même si tous ne l'ont pas été de la même manière ainsi qu'en témoigne par exemple le terrible exemple indien. En mars 2020, les gouvernements occidentaux les uns après les autres, immobilisent toutes les activités dans la société – bureaux, commerces, écoles –, tout ferme et chacun est renvoyé « chez soi ». Les activités économiques et sociales sont à l'arrêt au nom de la valeur de la vie humaine, entendue au sens biologique. Rapidement, les États interviennent en mobilisant les soignants dans le système de santé, en particulier à l'hôpital. La bourse reprend vite son cours, le télétravail s'impose comme solution d'adaptation pour maintenir l'activité économique, sans tenir compte des disparités familiales ou des conditions matérielles. Mais le COVID-19 est inconnu des scientifiques et il va frapper là où la majorité des gestionnaires du système de la santé ne l'attendait pas : les EHPAD en France, les CHSLD au Québec. Le virus se répand dans ces lieux de soins où le personnel manque et où les conditions de vie et la qualité de vie des personnes âgées malades s'avèrent souvent difficiles, voire déshumanisantes. Le nombre de morts et de personnes âgées hospitalisées en réanimation augmente de jour en jour, la situation à certains endroits devient incontrôlable.

Les journaux dévoilent les conditions de soins dégradées et l'isolement quasi-carcéral de ces personnes âgées malades et vulnérables alors coupées de toute relation réelle avec l'extérieur, leur famille et les proches aidants.

À mesure que la pandémie du COVID-19 persiste en vagues successives et que les autorités publiques par des mesures sanitaires précises contrôlent les moindres faits et gestes de chaque citoyens, les vulnérabilités individuelles et institutionnelles s'accroissent dans presque tous les secteurs de la société sauf l'industrie du numérique. Aide alimentaire, itinérance, perte d'emploi généralisée (certains secteurs sont sinistrés - restauration, tourisme, aéronautique, production culturelle, etc.), augmentent. La conjoncture exceptionnelle force les gouvernements occidentaux, - en France et au Québec par exemple et dont les politiques sont plutôt de droite -, à intervenir instantanément dès le début de la crise sanitaire avec des programmes de subvention directe aux citoyens, aux entreprises, au milieu culturel, etc. Cet interventionnisme de l'État va à l'encontre de l'idéologie néo-libérale installée depuis une vingtaine d'années avec des politiques de déficit zéro, des diminutions du nombre d'employés de la fonction publique - en particulier dans le système de santé et le système éducatif -, des coupures budgétaires des services gouvernementaux, etc. Le gouvernement du Québec, par exemple, réinjecte de l'argent en augmentant rapidement le nombre de poste à temps plein dans le secteur des CHSLD, en revoyant certaines conditions de travail, etc. En avril 2021, même le système de l'éducation québécois bénéficie d'argent neuf lors du renouvellement de la convention collective des enseignants, ces derniers reçoivent une augmentation de salaire demandée depuis des années. En France, en revanche, malgré les

promesses, la priorité n'est clairement pas donnée au système de soin ou d'éducation, auxquels on demande de tenir « coûte que coûte », et dont on applaudit rituellement, tous les soirs, à 20h, durant le premier confinement, le « dévouement ». Des professionnelles souvent dévalorisées voire invisibilisées passent ainsi au premier plan, sous les projecteurs, sans pour autant accéder à une forme de reconnaissance profonde.

Les secousses de la pandémie du COVID-19 ont jeté une lumière crue sur les logiques politico-économiques à l'œuvre depuis deux décennies et qui creusent de plus en plus les inégalités et les vulnérabilités sociales. Si certains gouvernements ont agi de manière à compenser certaines inégalités trop criantes mises à nu par la pandémie, il reste que les forces économiques mondialisées en particulier, les grands de l'industrie du numérique, ont largement profité de la crise sanitaire. Ils ont proposé/imposé/intensifié leurs solutions techniques pour favoriser le télétravail et le commerce en ligne, les plateformes pour les cours en ligne dans l'éducation supérieure, ou les plateformes de streaming pour l'industrie culturelle (musique, films et de jeux vidéo), les applications de traçage, les réseaux sociaux, etc. Ces solutions techniques du numérique appliquées dans tous les aspects de la vie quotidienne favorisent l'artificialisation des relations au monde sur le mode de la virtualité. De nouveaux comportements se cristallisent : la distanciation interpersonnelle entraîne potentiellement le désengagement du collectif, l'environnement est mis à distance, l'hypersubjectivité est sollicitée en continu. Cette mise à distance, qui s'apparente parfois à une forme de tenir en respect, tant cette distance est parfois pesante, voire entachée de soupçon, est posée comme une condition nécessaire du prendre

soin, ce qui peut sembler assez ironique. Ces solutions techniques s'appuient néanmoins sur la capacité individuelle de payer ces objets numériques afin d'avoir la liberté d'accès et la liberté de consommer dans ce marché numérique mondialisé. Avec la pandémie, le fossé numérique s'est déployé par pallier créant autant d'inégalités ou de « discrimination numérique » : accès aux savoir-faire technique de base (littéracie numérique, soutien technique, etc.), accès aux objets numériques (portable, ordinateur, tablette, casque d'écoute, etc.), accès à un réseau Internet robuste, etc. La pandémie du COVID-19 a donc accéléré un passage au « tout numérique » en donnant un avant-goût du modèle de la « société numérique du futur ». Reste donc à savoir maintenant si telle est la société que nous voulons concrètement pour demain ? À partir de cette crise sanitaire, certains acquis politiques et sociaux se dégagent-ils ? Certaines avenues numériques doivent-elles être abandonnées ou contrôlées ?

Dans les pays riches, collectivement et individuellement, chaque citoyen a pu mesurer l'importance d'un système de santé efficace, capable de s'ajuster aux circonstances et d'offrir une vaccination gratuite pour tous, d'un système éducatif centrée sur la relation entre l'enseignant et l'élève ou l'étudiant, d'une vie sociale et culturelle locale et accessible à tous, d'un accès de proximité aux parcs ou aux espaces naturelles, etc. Toutes ces choses importantes sont liées au bien commun et à une certaine façon de vivre collectivement. La pandémie du COVID-19 n'a-t-elle pas d'ailleurs révélée une crise généralisée du « prendre soin » au cœur de certaines institutions sociales – du système de santé au système éducatif, dans certains métiers généralement invisibles (aide-ménagère, équarisseur, caissière, travailleur immigré saisonnier, etc.), ou tout simplement

dans les activités du quotidien, de l'ordinaire, voire du trivial (l'équilibre famille-travail, le bon voisinage, le prendre soin de ses parents âgées, inversement pour les grands-parents le prendre soin de leurs petits-enfants, etc.)? À moins de faire preuve d'aveuglement, force est de constater que les femmes sont omniprésentes dans ce prendre soin et qu'elles y jouent un rôle crucial avant et pendant la pandémie. Il semblerait bien, au moins à première vue, qu'au cœur de la pandémie de COVID-19, la dévaluation morale et politique du travail de *care* ne soit plus de mise, ou qu'elle ne devrait plus être de mise si nous étions cohérent.e.s. En effet, la pandémie, et les multiples désastres concomitants (sanitaire, mais aussi social et économique) ont notamment mis en lumière notre ambiguïté, et plus précisément l'ambiguïté des politiques face à la notion de *care* entendue à la fois comme l'ensemble des dispositions et activités de sollicitude et de soin engagées dans un processus dynamique qui permet le bien-être individuel comme collectif au sein d'une société démocratique. Ironiquement, en France, pendant la pandémie, le terme de C.A.R.E. renvoie avant tout au Comité Analyse Recherche et Expertise, créé pour conseiller la présidence, mais guère écouté. Faire du CARE un acronyme parmi d'autres n'était explicitement pas un hasard<sup>1</sup>, et son appropriation par

- 
1. Par exemple, Olivier Véran, ministre de la santé, affirme dans le populaire *Journal du Dimanche* du 16/5/2020 «Je veux prendre soin de celles - surtout - mais aussi de ceux qui prennent soin de nous quand on est fragile. Les Anglo-Saxons appellent cela le «care», un concept très moderne à mes yeux et une question politique cruciale. C'est vrai, ce sont des métiers historiquement essentiellement féminins». Il réitère sur twitter le 2/7/2020 «L'égalité salariale passe par la revalorisation des métiers du prendre soin, du «care», historiquement féminins, peu rémunérés et je ne crois pas que ce soit un hasard. Au XXI<sup>e</sup> siècle, nous ne pouvons plus tolérer

certaines politiques en France, fait sans nul doute partie du problème qui se pose à nous aujourd'hui car il n'est pas évident que la référence soit autre chose que de pur affichage. Afin de mieux comprendre ce que signifie cette éthique du *care* à la lumière du COVID, et comment le COVID nous permet de mieux comprendre ce que signifie le *care*, il importe d'en analyser les contenus, les enjeux, et les dynamiques en jeu, afin de comprendre pourquoi et comment le *care* est à la fois ce qui nous a permis de tenir et ce à quoi nous tenons. Cet ouvrage collectif se propose d'en explorer quelques avenues.

Six des sept contributions ici regroupées sont issues d'un colloque intitulé *Au care du COVID*, qui s'est tenu à Paris, le 13 novembre 2020 lors du lancement scientifique de la Chaire UNESCO d'Éthique du Vivant et de l'Artificiel (EVA).

Le premier chapitre de Sandra Laugier, est intitulé « Le *care*. Un concept pour le COVID » analyse d'une part, le rôle du *care* des femmes dans la continuité de la vie quotidienne, et d'autre part, la vulnérabilité collective dont nous avons pris conscience. Elle montre que, malgré un intérêt nouveau pour le *care*, le patriarcat, en particulier dans la sphère politique, persiste pendant la pandémie. Sandra Laugier examine comment le travail des femmes reste encore sous-estimé et invisible au moment même où son importance émerge. Dans le contexte de la pandémie où certaines voix dominant, il devient essentiel d'inclure d'autres points de vue, dont l'éthique féministe du *care*.

Le deuxième chapitre de Vanessa Nurock, intitulé « Quelle responsabilité à l'heure du COVID ? »

aborde l'opposition confiance/méfiance, qui accompagne la pandémie, en montrant qu'elle reflète une crise de la responsabilité. Plutôt qu'une responsabilité substantielle qui pointe la responsabilité de l'autre, Vanessa Nurock montre comment la notion de responsabilité a d'emblée intégré une dimension relationnelle lors de la crise du COVID 19 en incluant un souci des autres. En s'appuyant sur les analyses d'Iris Marion Young, le concept de responsabilité relationnel se définit par des dimensions structurelles, des conditions d'arrière-plan, un dynamisme prospectif et un partage collectif. Il reste que la dimension prospective peut osciller entre un catastrophisme éclairé et un optimisme raisonné. Ce dernier peut s'engager dans un souci de l'avenir sans sacrifier le présent, rejoignant ainsi une éthique du *care*.

Le troisième chapitre de Marie-Hélène Parizeau intitulé, «La pandémie de COVID-19: entre vulnérabilités sociales et systèmes techniques» pose la question: la pandémie n'a-t-elle pas révélé la fragilité même de la civilisation moderne technicienne? Marie-Hélène Parizeau utilise la théorie du *care* et les analyses du système technicien de Jacques Ellul pour examiner les formes de vulnérabilités sociales révélées par la pandémie. Différentes formes de vulnérabilité institutionnelles apparaissent à partir des logiques de la prévision technique et gestionnaires, ou par l'élimination des activités non techniques du *prendre soin*. Des enjeux de justice et d'inégalité de traitement (secteurs du travail, de la culture) ainsi que la fragilité de la démocratie (suspension de droits fondamentaux, fausses nouvelles) sont aussi les conséquences de choix politiques pendant la pandémie.

Le quatrième chapitre de Margo Bernelin, intitulé «Le *care* et la collecte des données en santé» interroge le

traitement des données dont les données personnelles, à des fins de santé public, central durant la pandémie. Le *care* a-t-il été au centre de la collecte de ces données? Telle est la question posée par Margo Bernelin, qui propose de dépasser la question, certes importante, de la vie privée, pour mettre en lumière les angles morts des outils (notamment numériques) qui ont été utilisées et leurs limites.

Le cinquième chapitre, de Anne Gonon, intitulé « *Care* et culture scientifique au Japon » aborde la pandémie en déplaçant géographiquement le prisme d'analyse vers le Japon, où vit l'auteur. En proposant de dépasser la communication par le risque et en s'ancrant dans l'après Fukushima dans la gestion de catastrophe, Anne Gonon pose la question de la culture scientifique et de la littéracie scientifique en termes de *care* afin que puisse être entendue et écoutée la parole des citoyens et citoyennes concerné.e.s par les choix politiques mais aussi technologiques des sociétés dans lesquelles ils et elles vivent.

Le sixième chapitre, de Pascale Molinier, intitulé « Habiter le soin, une vulnérabilité vulnérabilisante » aborde la pandémie indirectement à travers l'exemple d'une infirmière de soins palliatifs. Il analyse ce que l'auteur appelle « la vulnérabilité agissante dans le soin », considérée comme forme de vie dont Pascale Molinier constate précisément qu'elle a été ignorée par les politiques et gestionnaires pendant la pandémie. A travers cette analyse, Pascale Molinier souligne l'absurdité du discours martial sur le soin tenu en France pendant la pandémie, et son déni de la manière dont est vécu le soin, dont sont vécues les relations de soin.

Le septième chapitre d'Alexandre Gefen, intitulé « *Care* et résilience » propose une généalogie morale et politique de la notion de « résilience » qui est devenu l'un des éléments de langage politiques centraux durant la pandémie, à tel point que ce terme a désigné l'opération conduite en mars 2020 lorsqu'elle est entrée dans la « guerre » contre la pandémie. Il montre notamment comment ce terme dont l'usage s'est introduit en France dans les années 1980 à partir des travaux du psychanalyste Boris Cyrulnik, s'est ancré grâce à la psychologie mais aussi au développement personnel, jusqu'à devenir durant la pandémie un instrument idéologique. Alexandre Gefen suggère ainsi de repenser cette notion en s'en servant non comme une injonction collective, une intériorisation d'une forme de régulation sociale adossée au sentiment de collectivité, mais plutôt en réorientant la résilience vers ses interactions avec la plasticité plutôt que la répétition, la responsabilité relationnelle plutôt que la culpabilité et assumant ainsi la nécessité du *care*.

Nous remercions Mme Marie-Hélène Lavoie, correctrice aux PUL, pour sa relecture attentive des textes de cet ouvrage.

Cette collection de textes qui lie le *care* et l'épidémie de COVID-19 témoigne à vif comment cette pandémie a fragilisé les liens sociaux dans nos sociétés modernes en mettant à nu la vulnérabilité de tous. Ces textes témoignent également de l'importance centrale du *care* pour toute société, du prendre soin les uns et les autres, ainsi que la nécessité de l'affirmer vigoureusement face au technosolutionnisme numérique et à la rhétorique guerrière utilisés durant la pandémie.

Pendant cette pandémie, l'enjeu essentiel a été et reste celui de prendre soin des personnes les plus vulnérables. Mais la pandémie nous force aussi à réfléchir sur la fragilité de nos institutions démocratiques et à mieux comprendre notre interdépendance avec l'environnement.

Vanessa Nurock  
et Marie-Hélène Parizeau

# **Le *care*.**

## **Un concept pour le COVID**

Sandra Laugier

L'époque est à la crise. La pandémie de COVID, si dramatique soit-elle, ressemble à une répétition des catastrophes à venir, sanitaires et écologiques. Par ailleurs, c'est une tragédie mondiale, mais aussi un étrange moment de pédagogie.

Le mot *care* a été au centre de la conversation mondiale. Le travail de *care* a été révélé comme étant ce qui permet à chacun de continuer; ce qui est le moins reconnu; ce qui importe le plus dans la vie ordinaire, mais aussi professionnelle, ce qui la rend possible – le travail des soignants, mais aussi des nettoyeurs, des éboueurs, des caissiers, des livreurs, des chauffeurs de camion; et, en fait, ce qui importe le moins dans l'échelle des valeurs.

L'importance du souci des autres et des personnes qui prennent soin de « nous » apparaît à tous. En outre, l'ignorance par toute une société de ce qui la fait vivre, que ce soit dans la vie quotidienne ou dans l'urgence du risque de mort, est enfin évidente. Si une telle éducation morale est possible, c'est parce que la situation de catastrophe

a révélé des vulnérabilités radicales : la vulnérabilité des institutions, la vulnérabilité de l'espèce ; la vulnérabilité des populations fragiles qui se trouvaient précisément « en première ligne », mais aussi celle de chaque individu ramené à son chez-soi et à ses propres ressources, sans la myriade de personnes et de « services » qui l'accompagnent dans les travaux ménagers, le rangement, cette scolarisation... habituellement confiée à d'autres. Si le *care* s'est donc subtilement imposé à nombre de sociétés, c'est parce que nos vulnérabilités ne sont jamais aussi visibles que dans ces situations où c'est la forme de vie « normale » qui est ébranlée.

Dans l'exposition d'une situation de catastrophe, la vérité de nos dépendances émerge. Nous sommes tous vulnérables, dépendants des autres. Les hommes sont majoritaires parmi les malades, les femmes parmi les soignants. Ceux-ci prennent soin de nos formes de vie – *forme de vie* entendue, pour citer l'anthropologue Veena Das<sup>1</sup>, à la fois dans un sens horizontal (notre vie sociale) et vertical (vie biologique). Ce sont en effet ces deux sens de la vie, biologique et sociale, qui se sont soudainement imposés à nous : la vie qui nous est donnée (principalement par les femmes) et que nous pouvons perdre ; la vie quotidienne, rendue possible ou aidée (principalement par les femmes). Le continuum des activités de soins, si complexe à expliquer dans les théories, est finalement devenu clair : les soins qui nous font vivre s'étendent de l'hôpital au supermarché.

Dans cette crise, les femmes sont curieusement omniprésentes... et absentes. Présentes sur tous les fronts,

---

1. Voir Anne Lovell, Veena Das, Sandra Laugier, S. Pandolfo, *Face aux désastres*, Paris, Les Éditions d'Ithaque, 2013.

car on ne cesse de nous les montrer dans les médias : à leur machine à coudre, faisant des masques de fortune ; au balai, faisant le ménage dans les hôpitaux et magasins encore ouverts ; au chevet des patients, dont elles assurent le bien-être à défaut de les sauver ; à la caisse des commerces, où elles nous permettent de poursuivre une vie normale.

Une vague mauvaise conscience collective se fait jour ; les clients saluent et remercient avec effusion (« heureusement que vous êtes là ») les caissières à qui il y a quelques semaines ils n'accordaient pas un regard, réglant leurs achats tout en poursuivant une conversation téléphonique avec une personne manifestement bien plus importante. Les politiques vantent le travail des soignants, médecins et infirmières, à qui depuis des années ils refusent avec mépris la moindre augmentation de ressources, plaçant l'hôpital public dans une situation de dénuement tel que les premières semaines de la crise ses personnels n'avaient aucun moyen de protection contre l'épidémie.

Cette prise de conscience, c'est bien celle du rôle du *care*, du rôle des femmes et autres « petites mains » dans notre vie quotidienne. C'est le travail du *care* qui en ce moment assure la continuité de la vie. « Il faut défendre la société », certes. Mais celles et ceux qui la défendent sont des invisibles que jusqu'à récemment l'on tenait pour la face immergée de la société, les « *taken for granted* » (tenus pour acquis) qui rendent nos vies possibles. Réduits (en totalité ou en partie) à notre vie domestique, nous réalisons que nous avons constamment besoin de *care*... parce que soudain, nous assurons chacun à notre façon, hommes et femmes, enfin, une part de ce travail, ce ménage, ce rangement, cette éducation des enfants... souvent confiés à d'autres. Et du côté de la vie publique,

nous héroïsons le travail de *care* d'abord sous la forme de celui qui s'accomplit à l'hôpital ; ensuite sous d'autres formes, plus modestes. La *grammaire* même du *care* s'est imposée à tous : nous sommes tous dépendants des autres, que ce soit pour des besoins vitaux, à la vie à la mort, ou pour des besoins plus ordinaires.

La conscience de la vulnérabilité est aussi ce qui permet cette nouvelle sensibilité. Nous sommes tous vulnérables – bien que pas tous de la même façon ou au même degré, y compris dans le risque sanitaire. L'autonomie, tant vantée par les philosophes – de même que par les féministes et par les politiques –, se révèle une illusion d'optique : l'autonomie des uns est rendue possible par le travail des autres. On redécouvre l'importance de la solidarité et de la protection. Tout semble prêt pour un changement de valeurs, ou plutôt pour la prise en compte des valeurs véritables.

## LE RETOUR DU PATRIARCAT

Les femmes sont pourtant les grandes absentes aujourd'hui de la réflexion et de l'action politique, comme si la crise, qui révèle leur rôle, les maintenait *au bord* de la discussion, toujours invisibles. Comme en témoigne une demande de rapport faite par Marlène Schiappa en 2020, les femmes sont remarquablement peu présentes dans l'espace public des médias et de la politique, alors que nombre d'experts hommes prennent la parole, pleins de certitude et de compétence et toujours proposant les solutions à apporter à cette crise. Les femmes politiques sont peu présentes – du côté du gouvernement, elles sont la courroie de transmission des directives des chefs ou les « porte-parole » et sont aisément ridiculisées. Cette parole

omniprésente est un rappel constant de la domination masculine dans un monde qui se révèle soutenu par le travail des femmes.

Elle est aussi un rappel patriarcal du monopole de l'expertise et de la compétence. Les épidémiologistes en herbe ainsi que les modélisateurs amateurs se sont multipliés, et tous les jours des hommes proposent de penser avec eux « l'après-crise ». La parole masculine s'exhibe dans tous les médias, comme l'a récemment noté le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, déplorant la présence ultra majoritaire des hommes sur les plateaux de télévision<sup>2</sup>. Les députées de gauche en France ont souligné le caractère pénible du défilé des orateurs masculins lors du débat sur le confinement<sup>3</sup>, dans une Assemblée qui avait enregistré un progrès vers la parité. Affichant le monopole de l'expertise, cette parole omniprésente est un rappel constant de la domination masculine dans un monde qui se révèle soutenu par le travail des femmes. Dans le champ intellectuel, les hommes signent la grande majorité des tribunes et analyses des conséquences du COVID publiées dans les médias. Ils publient plus qu'avant, les femmes beaucoup moins, et les chiffres des soumissions d'articles par les femmes sont en chute libre<sup>4</sup>.

- 
2. [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/vigilance\\_egalite\\_confinement\\_avril\\_2020.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/vigilance_egalite_confinement_avril_2020.pdf)
  3. [https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/05/07/les-organisations-de-gauche-alertent-sur-le-recul-du-droit-des-femmes-en-temps-de-crise\\_6038943\\_823448.html?utm\\_medium=Social&utm\\_source=Facebook&fbclid=IwAR3p8mJ-1Rq3I-yBracB1gNCFEQdyHWBa3hVVg46A78NBytt84page2xVLRy#Echobox=1588840683](https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/05/07/les-organisations-de-gauche-alertent-sur-le-recul-du-droit-des-femmes-en-temps-de-crise_6038943_823448.html?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR3p8mJ-1Rq3I-yBracB1gNCFEQdyHWBa3hVVg46A78NBytt84page2xVLRy#Echobox=1588840683)
  4. <https://www.thelily.com/women-academics-seem-to-be-submitting-fewer-papers-during-coronavirus-never-seen-anything-like-it-says-one-editor/>

Des « officiels » messieurs, la plupart en costume-cravate, derrière le pupitre symbolisant la compétence et le pouvoir, débitent souvent des mensonges : « non, cela ne sert à rien de porter des masques, c'est même dangereux » ; « non pas la peine de tester »... Chaque fois, ce qui se révèle sous le couvert de la compétence est de l'incompétence, ce qui pourrait être excusable si ces dirigeants présentaient, pour une fois, des excuses pour leur gestion de la crise depuis le début. Mais il ne faut admettre aucune vulnérabilité. Cette tonalité autoritaire, dans tous les sens du terme, à la fois sûre de son *autorité* politique et scientifique, et récusant toute contestation, est parfaitement reconnaissable pour les féministes : c'est celle du patriarcat.

Car, malgré et avec l'intérêt nouveau pour le *care*, il y a une persistance du patriarcat. Carol Gilligan a parfaitement pointé cette situation dans son ouvrage de 2018 *Why Does Patriarchy Persist?* traduit en français avant la crise. Elle pointait la présence du patriarcat, révélée à nouveau de toutes parts dans la mise en visibilité des violences faites aux femmes (harcèlement sexuel, viol, féminicide). Le patriarcat est toujours là. Selon Gilligan et Snider, « le patriarcat se définit comme une culture fondée sur la binarité et la hiérarchie de genre<sup>5</sup> ». Cette reproduction sociale et quotidienne d'un clivage entre le masculin et le féminin est particulièrement évidente en période de confinement, et c'est bien *l'emprise* du patriarcat qui empêche, même en une période où le *care* est valorisé et visible aux yeux de tous, qu'une véritable reconnaissance s'opère.

---

5. Carol Gilligan, Naomi Snider, *Pourquoi le patriarcat?*, Paris, Climats, 2019, p. 13-14.

Le patriarcat est antidémocratique, car il récuse la compétence politique de la majorité des citoyens. Toute critique de l'action gouvernementale est écartée comme « polémique » et même dangereuse. L'ignorance des citoyens nous est constamment rappelée dans les médias, par des séances (sympathiques d'ailleurs) de questions-réponses ou par le pointage de leurs actions plus ou moins absurdes (achats de précaution, déplacements non autorisés, actions de désobéissance marginales, fêtes de jeunes).

La perception du monde est scindée en deux. D'un côté se fait entendre ce discours martial ou héroïsant, appuyé sur une prétendue rationalité des chiffres, de l'économie, de la science. C'est le discours du gouvernement et de la plupart des experts convoqués par les médias – des hommes en majorité. De l'autre côté se joue une vie ordinaire qu'il faut au jour le jour réajuster au temps du COVID: des femmes en majorité, travaillant au corps à corps avec des malades, au contact avec les clients dans les supermarchés, et jonglant avec les tâches domestiques (trois repas par jour, sans cantine, ni pour les grands ni les petits). Le temps donné au travail domestique par les femmes demeure largement supérieur<sup>6</sup> et fait d'ailleurs l'objet de nombreuses disputes, comme l'indique une première enquête IFOP<sup>7</sup>. Des enquêtes en cours nous permettront de savoir si les tâches éducatives prescrites par l'Éducation nationale sur le mode forcené de l'activisme ont été majoritairement accomplies par les mères. On sait déjà qu'aux États-Unis, 80 % des femmes considèrent qu'elles en font plus, même si 50 % des hommes pensent

---

6. <https://journals.openedition.org/revdh/8986?fbclid=IwAR0SeagjXf-FvsC8wEoYLpp6wQICNCtGfjr9rIDmOKMTPDst1QC5kZYao0Do>

7. <https://consolab.fr/etude-quotidien-francais-confinement/>

que non<sup>8</sup>. Les femmes réalisent aussi, en sus d'une double ou triple journée, un travail de lien entre les générations, par téléphone, prenant des nouvelles de chacun... Enfin, il y a la réalité des femmes confinées avec des conjoints violents au péril de leur vie, qui n'ont jamais eu aussi peu de marges de manœuvre pour se défendre, comme l'a aussi montré la forte augmentation des signalements de violences contre les femmes<sup>9</sup>. Les appels à la ligne d'écoute « violences conjugales » ont augmenté de 30 %<sup>10</sup>.

Les pratiques qui tissent la vie humaine et les actions au service du collectif sont, elles, ravalées au second plan, au registre des anecdotes, des « sujets de société », des témoignages. Toutes ces femmes qui s'activent à faire tenir le monde, à recréer de l'ordinaire, ne sont créditées d'aucune expertise, d'aucun savoir susceptible de réorganiser le monde. Le temps du COVID, qui, superficiellement, a conduit tant de gens à réaliser ce qu'ils doivent aux femmes, met en scène une exacerbation des rapports sociaux de sexe. Les hommes sont bien visibles, dominant la situation et le sujet, les femmes sont invisibles, petites mains indispensables et corps exposés à la violence, à la contamination, à la surcharge de travail. La crise

- 
8. Voir déjà <https://osf.io/preprints/socarxiv/jy8fn> et <https://www.boston.com/news/education/2020/05/06/nearly-half-of-men-say-they-do-most-of-the-home-schooling-3-of-women-agree> ; <https://www.nytimes.com/2020/05/06/upshot/pandemic-chores-homeschooling-gender.html?action=click&module=Spotlight&pgtype=Homepage>
  9. Food and Agriculture Organization (FAO) of the United Nations, Rome, 2016, Gender-responsive disaster risk reduction in the agriculture sector, Guidance for policy-makers and practitioners.
  10. <https://www.un.org/fr/covid-19-riposte-globale/covid-19-lonualarm%C3%A9e-par-la-%C2%AB-flamb%C3%A9e-%C2%BB-des-violences-domestiques>; [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource/pdf/COVID19\\_A\\_Gender\\_Lens\\_Guidance\\_Note.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource/pdf/COVID19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf)

sanitaire que nous vivons actuellement donne pourtant à voir une autre dimension du rôle des femmes en période de catastrophe. Il est facile d'observer, aujourd'hui, que les métiers ou compétences principalement concernés par la lutte contre le COVID dans l'accompagnement des vies quotidiennes sont les aides-soignantes, les infirmières ou les caissières, des rôles pourvoyeurs de soins en société ou de sécurité dans l'approvisionnement.

## LEÇONS DE CARE

Dans la mise à nu des formes de vie qu'opère une situation de désastre, la vérité de nos dépendances émerge. Il s'agit d'un faible début de prise de conscience morale – exprimée laborieusement dans les applaudissements journaliers – de l'inversion des valeurs qu'opèrent de longue date les sociétés capitalistes : ce qui est le plus réellement utile, ce qui rend possible notre vie ordinaire, est le plus méprisé et le moins valorisé.

Si les femmes jouent un rôle crucial dans la production d'une sphère domestique, elles jouent en temps de crise un rôle supplétif et d'accompagnement de la crise, digne d'une armée de réserve mobilisable en temps de guerre, si l'on adopte la rhétorique déployée par de nombreux dirigeants avec un mauvais goût avéré. Dans ce cas, on pourrait citer les propos de Joffre, officier général français de la Première Guerre mondiale, qui avait lancé sous forme de boutade, en 1915 : « Si les femmes qui travaillent dans les usines s'arrêtaient vingt minutes, les Alliés

perdraient la guerre<sup>11</sup> ! » La rhétorique de la guerre qui voit dans les femmes une armée de réserve est encore une façon de consolider les inégalités de genre : hier, les femmes furent renvoyées dans leurs foyers ; aujourd'hui, les activités ordinaires de *care* sont dites en « troisième ligne », sous évaluées et sous-payées<sup>12</sup>.

On sait que les hommes sont les plus nombreux parmi les malades, ce qui a permis à certains commentateurs de les présenter en victimes méconnues et de mettre en cause la réalité de l'inégalité des sexes. Mais parmi ces hommes, certains sont plus vulnérables que d'autres (voir *infra*). Cependant, les femmes subissent massivement les conséquences financières de la crise et sont aussi les premières victimes aujourd'hui de la récession, des pertes d'emploi, etc., sachant que l'écart salarial en France est, selon le niveau de salaire, entre 10 % et 25 %<sup>13</sup> à statut et temps de travail égaux. Outre le fait d'être majoritairement des travailleuses à temps partiel, elles constituent la grande majorité des chargées de famille monoparentale. Alors que 8 % des hommes travaillent à temps partiel, c'est le cas de 31 % des femmes, ce qui signifie des revenus plus faibles que la moyenne. Quel que soit leur statut de travailleuses, les trois quarts des femmes doivent se charger matériellement et mentalement (« la charge mentale ») complètement des tâches domestiques pendant, environ, 3 heures par jour.

- 
11. <https://entreleslignesentrelesmots.blog/2020/04/08/lutte-contre-le-coronavirus-si-les-femmes-sarretent-les-masques-tombent-et-autres-textes/>
  12. Rachel Silvera, *Un quart en moins. Des femmes se battent pour en finir avec les inégalités de salaire*, Paris, La Découverte, 2014.
  13. <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-de-salaires-entre-les-femmes-et-les-hommes-etat-des-lieux>

En France, les hôpitaux ont parmi leurs personnels une grande majorité de femmes, notamment aux niveaux hiérarchiques les plus bas, qui sont en réalité en première ligne contre le coronavirus. La proportion de femmes grimpe encore dans les employés en maisons de repos, chez les aides familiales à domicile et dans les crèches. Les femmes sont majoritaires aux caisses des magasins et des pharmacies.

On est donc dans une ambiguïté propre au travail de *care*: le travail des femmes est encore sous-estimé, au moment même où son importance émerge aux yeux de tous. Le *care* (et son domaine) a été de longue date le nom même de ce qui a été négligé et méprisé par les politiques publiques. C'est bien l'absence d'attention (de *care*) portée par les gouvernements de la dernière décennie à tous les secteurs des soins et de la protection des citoyens (santé, éducation, pauvreté, grand âge, handicap) qui rend si difficile la lutte contre le COVID. Il est vrai que l'on paie le prix aujourd'hui d'un mépris récurrent pour à la fois les activités et les sentiments de *care*. Quand on pense que ce nom même de *care*, il y a 10 ans, lorsque Martine Aubry avait voulu l'inclure dans les thématiques du Parti socialiste, était encore vilipendé par nombre d'intellectuels français, ou par la presse y compris «de gauche», comme celui d'une approche «nunuche» de promotion d'un «état-mémère». Une guerre *au care* a été menée depuis des années, systématiquement, contre les institutions mêmes (pas seulement l'hôpital public) qui prennent aujourd'hui de plein fouet le désastre sanitaire. Il ne s'agit pas seulement de la reconnaissance du travail de *care* ni de la visibilisation soudaine de ce qui était jusqu'ici invisible. La catastrophe sanitaire présente démontre à chacune de ses étapes l'injustice des politiques menées

contre les services publics dans les sociétés capitalistes; elle (re)met la protection sociale au cœur des préoccupations partagées, d'où l'avait délogée l'évidence inégalitaire de la maximisation des profits financiers.

Plus que d'un changement véritable, il s'agit d'une leçon: il y a bien un *renversement des valeurs* accepté depuis des décennies – et dénoncé dès l'origine par l'éthique du *care*: les métiers les plus véritablement *utiles* sont les moins bien payés et les moins bien considérés. Ce qui compte le plus pour notre vie ordinaire, ce qui la rend possible – soignantes, nettoyeurs, éboueurs, caissières, livreurs, camionneurs – est en fait ce qui compte le moins dans l'échelle de valeurs que nous avons, de fait, collectivement validée. Il ne s'agit pas seulement des multiples injustices structurelles qu'a mises en évidence l'épidémie, entre ceux qui sont au confort des résidences secondaires et ceux qui sont restés en ville, entre ceux qui travaillent à domicile (certes souvent dans des conditions exécrables) et celles qui prennent les transports en commun pour assurer des tâches qui ne peuvent être accomplies à distance, comme le soin des corps, le nettoyage, etc. Il s'agit de la méconnaissance par une société entière, voire d'une espèce, de ce qui la *fait vivre*. Il ne faut pas négliger la définition que propose Joan Tronto et qui correspond très bien à la situation présente :

Au sens le plus général, *care* désigne une espèce d'activité qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir en état, pour préserver et pour réparer notre monde en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, ce que nous sommes chacun en tant que personne, notre environnement, tout ce que nous cherchons à tisser ensemble en un filet serré

et complexe dont la destination est de maintenir la vie<sup>14</sup>.

## LE VISIBLE OU L'INVISIBLE ?

L'enquête de l'INSERM<sup>15</sup> donnera des chiffres plus précis, on peut l'espérer. Caroline Criado Perez dans *Invisible Women: Exposing Data Bias in a World Designed for Men* (2019) explique que 29 millions d'articles ont été publiés concernant Zika et Ebola, mais moins de 1 % des publications concernait les effets genrés de l'épidémie. Feron-nous mieux avec le COVID-19? Donnant à voir l'importance du travail des femmes en période de catastrophe<sup>16</sup>, la crise actuelle devrait pourtant faire prendre conscience du rôle essentiel des femmes dans la production de l'environnement quotidien partout dans le monde, mais aussi des risques que font courir à tous l'invisibilisation de leur contribution et le mépris collectif pour toutes les tâches de soin et d'entretien quotidien.

Les métiers ou compétences principalement concernées par la lutte contre le COVID-19 dans l'accompagnement des vies quotidiennes sont ceux des aides-soignantes (91 % des femmes), des infirmières (87 % des femmes) ou

---

14. Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, La Découverte, 2009 [1993], p. 143.

Voir sur le care, Carol Gilligan, *Une voix différente*, Flammarion, 2008 [1982]. P. Paperman, S. Laugier (dir.) *Le souci des autres, éthique et politique du care*, éditions EHESS, 2011 [2005] et P. Molinier et alii, *Qu'est-ce que le care?*, Payot, 2009. Sur Carol Gilligan, V. Nurock (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care*, PUF, 2009.

15. <https://presse.inserm.fr/en/covid-19-and-confinement-a-large-scale-french-survey-of-social-challenges-and-health/39099/>

16. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30526-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30526-2/fulltext)

des caissières et vendeuses (76 %), des activités pourvoyeuses de soins en société ou de sécurité dans l’approvisionnement, sans compter les enseignantes (71 %). Même les médecins hospitaliers sont, aujourd’hui, majoritairement des femmes ainsi que les généralistes et les pharmaciennes. La proportion de femmes grimpe encore parmi les employés en maisons de retraite et chez les aides familiales à domicile (97 %). De nombreux collectifs essentiellement féminins – souvent des bénévoles<sup>17</sup> – se sont développés pour pourvoir à la fabrication artisanale de masques, spécialité française qui s’est révélée peu efficace pour la protection contre le virus. Ces femmes-là sont prises en considération dans les médias, mais elles le sont à la mesure de la valeur accordée au travail de *care*: toujours décrit de façon anecdotique, dans la rubrique des faits de société, secondaire par rapport aux combats des médecins et aux arbitrages des politiques. La gratuité du travail attendu des couturières renvoie au sexisme latent d’une société où le travail de femmes est par définition gratuit et généreux, se contentant d’un « merci ».

L’effacement des contributions féminines est inscrit jusque dans l’usage de la langue, où il serait prétendument juste d’étendre le masculin à des professions à plus de 80 % féminisées. Certes, « le masculin l’emporte sur le féminin », mais peut-être ce rappel grammatical-patriarcal en cette période est-il un peu inapproprié<sup>18</sup>. Si les femmes jouent un rôle crucial dans la

17. <https://entreleslignesentrelesmots.blog/2020/04/08/lutte-contre-le-coronavirus-si-les-femmes-sarretent-les-masques-tombent-et-autres-textes/>

18. [https://theconversation.com/debat-le-covid-19-sattaquerait-il-aussi-a-la-langue-francaise-137811?utm\\_medium=email&utm\\_campaign=La%20lettre%20de%20The%20Conversation%20France%20du%206%20mai%202020%20%201614515485&utm\\_content=La%20lettre%20de%20The%20Conversation%20France%20du%206%20mai%202020%20%201614515485+CID\\_8ff41b20c931b413d5d2c9bb9304551b&utm\\_source=-campaign\\_monitor\\_fr&utm\\_term=cet%20enttement%20du%20masculin%20dans%20notre%20grammaire](https://theconversation.com/debat-le-covid-19-sattaquerait-il-aussi-a-la-langue-francaise-137811?utm_medium=email&utm_campaign=La%20lettre%20de%20The%20Conversation%20France%20du%206%20mai%202020%20%201614515485&utm_content=La%20lettre%20de%20The%20Conversation%20France%20du%206%20mai%202020%20%201614515485+CID_8ff41b20c931b413d5d2c9bb9304551b&utm_source=-campaign_monitor_fr&utm_term=cet%20enttement%20du%20masculin%20dans%20notre%20grammaire)

production d'une sphère domestique, elles jouent en temps de crise un rôle supplétif et d'accompagnement de la crise. Elles permettent de maintenir le fil de la vie ordinaire, mais elles sont dévaluées et invisibilisées, au même titre que la vie ordinaire elle-même<sup>19</sup>. On est donc dans une ambiguïté : ce travail réalisé en majorité par des femmes est encore sous-estimé, voire méprisé, au moment même où son importance émerge aux yeux de tous. Il s'agit de la méconnaissance et du déni par une société entière de ce qui la fait vivre, au quotidien ou dans l'urgence du risque de la mort.

C'est là encore que le concept de *care* sert de révélateur. De fait, l'autonomisation de certaines femmes en France – notamment des femmes « puissantes » qui souvent parlent au nom des femmes – par le travail, et parallèlement par le développement des systèmes de garde d'enfants, des services à domicile, etc., s'est aussi réalisée, si l'on ose dire, sur un modèle masculin, au sens où cette autonomie s'est construite non pas, on s'en doute, par un transfert des tâches aux hommes, ou une meilleure répartition, mais par la mise d'autres femmes au service des femmes. Il ne s'agit évidemment pas d'ironiser sur ces femmes, devenues employeuses (car c'est toujours à elles de porter la charge morale, et administrative, de l'emploi à domicile). Bien plutôt, comme souvent dans le *care*, de faire voir ce qui est juste sous nos yeux : que les tâches de *care*, traditionnellement dévolues aux femmes, existent toujours même si nous, occidentaux favorisés, en sommes dispensés en temps normal. La crise nous révèle que ces tâches existent toujours et qu'elles sont assumées

---

19. Voir Laugier, S. (2020) *Politics of the Ordinary*. Care, ethics, and forms of life, Leuven : Peeters, 2020.

par des populations immigrées et dévalorisées, ce qui perpétue la dévaluation morale du travail de *care* et les catégorisations morales qui l'accompagnent. Les tâches dont l'importance est reconnue aujourd'hui par tous sont dévolues à des femmes racisées et souvent d'origine immigrée (et des hommes aussi, livreurs, éboueurs, camionneurs massivement d'origine étrangère).

Cela rappelle l'importance qu'il y a à repenser ensemble *care* et délégation du travail, ou service. Car la division sociale – et aujourd'hui mondiale – du travail de *care* risquait jusqu'ici de donner l'illusion que l'on peut distinguer un *care* «émotionnel» – attentif aux besoins affectifs des personnes particulières – et un *care* «de service» qui peut être délégué et acheté. Le premier serait alors l'apanage des femmes blanches favorisées, tandis que le second reste délimité par tout ce que les premières ne prennent pas en charge, en résumé «le sale boulot» qui revient aux «autres». Si la question du *care* fait aujourd'hui irruption dans l'espace public, c'est aussi que l'entrée massive des femmes sur le marché du travail a mis en crise les voies traditionnelles de fourniture du *care*; mais c'est aussi aujourd'hui parce que le confinement remet chaque femme face à ce «sale boulot», qu'il ne suffit donc plus d'externaliser pour qu'il disparaisse. Qu'il soit fourni dans la sphère domestique, par les institutions publiques, ou par le marché, le *care* est produit à bas prix, par des femmes dont les positions sociales restent le plus souvent précaires.

La crise du *care* est donc à la fois celle des *care givers* traditionnels, qui assument une charge de plus en plus lourde du fait de l'allongement de la durée de vie, et celle des *care givers* professionnels, qui sont payés, mais mal. Enfin, et c'est elle qui préoccupe le plus, c'est la «fuite du

*care*» (*care drain*) des pays pauvres vers les riches. On touche alors à la limite des beaux discours sur la valorisation, voire l'*empowerment* des travailleurs du *care*. Ce travail, toute personne qui peut l'éviter ne souhaite positivement le faire – tout en le louant et en l'applaudissant.

L'enjeu est donc aujourd'hui et avant tout de combattre réellement l'invisibilisation du travail de *care* assuré par les femmes. Mais, pour cela, il faut certainement revenir aux sources de l'invisibilité. Les recherches sur les inégalités environnementales peuvent nous permettre de comprendre les enjeux plus profonds de l'inégalité actuelle. Si les activités, les inventions et l'intelligence des femmes jouent un rôle crucial dans la production d'une sphère domestique étendue aux environnements du quotidien, elles sont dévaluées et invisibilisées au même titre que «l'ordinaire». Ne serait-ce pas l'invisibilisation permanente des conditions d'existence et productives des femmes qui fait tenir un système socio-environnemental intenable au prix de l'accroissement des inégalités socio-environnementales toujours plus criantes ?

Le travail essentiel des femmes dans le maintien des formes de vie au quotidien a été analysé depuis longtemps sur le plan de la production environnementale. On peut penser au texte phare de l'écrivaine de science-fiction Ursula Le Guin qui, dans un court essai de 1986, *La théorie de la fiction-panier* (*The Carrier-Bag Theory of Fiction*), note que le modèle du *panier* a été dévalorisé au profit de la lance (chasse et production). L'intérêt de la métaphore du récipient est double; d'un côté, elle rappelle à quel point nous avons besoin de contenants autant que de contenus pour faire société, et de l'autre, elle interroge le pouvoir accordé au chasseur

et l'absence d'intérêt pour les femmes qui cultivaient en même temps. Cela a également conduit à rendre visibles dans l'espace public les héros qui chassent de temps en temps plus que les héroïnes qui cultivent, récoltent et nettoient en permanence. Bref, nous pouvons affirmer, sans pousser la métaphore au-delà de ses limites, qu'elle nous permet de penser le rapport entre ce qui est donné à voir et à penser et ce qui est largement invisibilisé. En cette période de crise sanitaire causée par le COVID, on voit que l'action politique (dont on a vu largement les limites) ainsi que les exploits de la médecine et de la recherche (pourtant réduits à une portion congrue) occupent la scène politique et sociale, effaçant la réalité de l'activité qui fait vivre la société.

De nombreux rapports et travaux indiquent que les femmes sont souvent plus pauvres et donc sont plus vulnérables en période de crise. Par exemple, l'ouragan Katrina, qui a ravagé La Nouvelle-Orléans, aux États-Unis, en 2005, a touché en priorité les femmes afro-américaines et leurs enfants<sup>20</sup>. Au Sri Lanka, il a été plus facile pour les hommes de survivre au tsunami de 2004 parce qu'ils avaient l'avantage de savoir nager et grimper aux arbres, des compétences qui ne sont enseignées qu'aux garçons. L'augmentation des épidémies liées au climat, le COVID-19 n'étant qu'une parmi d'autres qui suivront inévitablement, se répercutera principalement sur les femmes, qui, on le voit aujourd'hui, passent beaucoup de leur temps à s'occuper des malades et de l'éducation des enfants.

---

20. Voir les travaux d'Anne Lovell, notamment l'ouvrage déjà mentionné *Face aux désastres*.

De même, les femmes sont essentielles dans le soutien aux foyers et communautés et dans la mise en œuvre de mécanismes d'adaptation et de résilience, comme le note le rapport sur le changement climatique et l'égalité de genre<sup>21</sup>. Il importe donc, aujourd'hui, de développer une réflexion sur l'ensemble des risques à venir: les inégalités d'avant la crise (épidémique ou autre), les inégalités qui se font sentir pendant la crise et leurs effets sur la gestion de la crise, et les conséquences de cette dernière sur ces inégalités. La gestion de l'après-catastrophe doit forcément inclure les enjeux liés à l'existence de systèmes patriarcaux.

La question est bien de comprendre ce dialogue entre ce que l'on rend visible et ce qu'on laisse dans l'ombre, ou ce que l'on rend invisible. Si la place des femmes et de leurs paroles est réduite, voire souvent attaquée, c'est par leur invisibilité structurelle. Il s'agit alors, au-delà de la déploration de l'invisibilité, de se poser cette question: quelle place est faite à l'invisibilité sur le plan symbolique et de la distribution des valeurs? Que l'invisible ne se traduise pas si aisément dans le registre du visible, nous le pressentons dans la gêne que nous pouvons éprouver au discours d'héroïsation des pourvoyeuses ordinaires de *care* – et pas seulement pour son hypocrisie. C'est toute la difficulté de l'éthique du *care* et de la valorisation de l'ordinaire, du discret. On peut bien accepter d'être invisible à condition de ne pas être dévalorisée du fait de l'être et d'avoir le choix de l'être ou de ne pas l'être, d'avoir le choix des formes dans lesquelles se rendre visible, qui

---

21. <http://www.unesco.org/new/fr/natural-sciences/priority-areas/gender-and-science/cross-cutting-issues/climate-change-and-gender-equality/>

sont souvent des récits, des narrations qui entrent dans le détail, dans la chair du monde ordinaire, qui ne laissent pas place aux bifurcations imprévues, aux revirements et à l'incertitude des sentiments, à leur inévitable ambiguïté. Dès lors, sublimer (ou esthétiser) l'ordinaire, ce n'est pas toujours contester la hiérarchie implicite de ce qui est important.

Alors que le mouvement environnementaliste s'est essentiellement focalisé sur les espaces et espèces emblématiques, les femmes partout dans le monde sont confrontées à la protection de cet environnement ordinaire, dans ce qu'il a justement de quotidien, de *ressource*, à la fois matérielle et symbolique. Les analyses précédentes permettent de distinguer un environnementalisme *mainstream*, celui de la protection des espaces naturels, caractéristique des élites blanches occidentales, et un environnementalisme «des pauvres», qui se préoccupe de la pollution, des inégalités environnementales, des populations vulnérables, soit un environnementalisme enraciné dans les pays défavorisés et dans les espaces défavorisés de nos sociétés privilégiées. Cet environnementalisme ordinaire est celui des couches sociales les moins favorisées, parmi lesquelles les travailleurs et travailleuses du *care*. À ce clivage social, culturel et inscrit dans des rapports de genre correspondent deux idées de nature : l'une qui est celle de la nature «sauvage», extérieure à la société ordinaire, qui doit être protégée comme telle, mise à l'abri des interventions humaines ; l'autre est celle d'une nature dont nous faisons partie, où nous avons des relations d'interdépendance et de responsabilité. Le *care* environnemental, sur ce point, est donc un modèle et non pas une simple extension du *care*. Il signale les modalités de l'invisibilité et démontre aussi la puissance

du patriarcat qui produit une invisibilité globale du travail qui rend la vie possible.

La découverte de l'indispensabilité du travail de *care* en temps de COVID doit ainsi nous conduire à une réflexion plus globale. Le développement de la richesse matérielle des sociétés n'a été possible qu'au prix de l'exploitation et de l'asservissement d'une grande partie de la planète, êtres humains et non humains. Dès lors, rendre «durable» un système injuste ne suffira pas à transformer les valeurs symboliques et matérielles à l'origine de ce développement. En matière de production des environnements ordinaires, le mépris pour les activités de *care* a conduit à une incomplétude de la conception libérale de la morale et de la justice, cette conception étant condamnée à poser une hétérogénéité problématique entre la société dans sa dimension morale et ce qui la perpétue (le soin quotidien et invisible, la production de l'environnement quotidien). Ainsi, l'invisibilité du *care* dans la théorie morale condamne une société à méconnaître la source de sa propre conservation comme société morale, et donc renforce ou justifie l'indifférence ordinaire au travail de *care*<sup>22</sup>.

Le *care de* l'environnement (aux deux sens: l'attention à porter à l'environnement ordinaire et le bien-être que cet environnement procure aux individus) est ainsi emblématique du travail du *care*; l'attention à ce qui rend notre vie possible, et que pour cela même nous ne voyons pas et négligeons délibérément. Une vision radicale du *care* contraint à voir l'ensemble de la forme de vie des

---

22. Annette Baier en rend compte dans son article *What do Women Want in Moral Theory?*. Voir aussi S. Laugier (dir.), *Tous vulnérables?* Paris: Payot, 2012.

privilégiés comme maintenue par une activité de *care* produite par les dominés, mais aussi par le siphonnage des ressources des pays du Sud qui assurent l'entretien de la vie et le niveau de vie des personnes riches des sociétés du Nord. Les débats sur le changement climatique et les nations et cultures qui en sont prioritairement et historiquement responsables, et qui font porter à l'ensemble des populations du monde le poids et la responsabilité des transformations apportées par leur propre développement, sont souvent caractéristiques d'une conception éthico-politique indifférente au *care*, et donc injuste fondamentalement. C'est avec le *care* environnemental qu'apparaît le non-sens de l'opposition entre *care* et justice, puisqu'il apparaît que seule l'éthique du *care* permet de prendre en compte les enjeux de justice globale. Les recherches sur le rôle des femmes dans le travail agricole, dans la gestion des ressources ou de la biodiversité, dans la préservation des vies quotidiennes sont autant de voies pour clarifier les enjeux de justice associés aux transitions socioécologiques, techniques et économiques, et pour percevoir les limites d'un concept de développement essentiellement orienté vers la préservation de modes de vie fondés sur la surexploitation des milieux naturels.

Penser l'au-delà de la crise, ce n'est pas penser l'après, c'est penser au-delà de la sphère française, européenne, occidentale... La révélation des inégalités de genre dans le travail de *care* n'est qu'une part d'une longue liste d'inégalités globales de genre qui s'exacerbe en période de crise. Il importe donc aujourd'hui de développer une réflexion sur l'ensemble des risques à venir : les inégalités d'avant la crise (épidémique ou autre), pendant la crise et les effets de ces inégalités sur la gestion de la crise, et les conséquences de cette dernière sur ces inégalités.

## INTERSECTIONNALITÉ

Le *care* – à condition de l'étendre au-delà des pays du Nord – est bien un concept pour le COVID, mais le COVID est aussi un concept qui peut transformer celui de *care* ou mettre en évidence, même si de nombreux travaux, notamment ceux de Helena Hirata<sup>23</sup> l'ont fait en détail, le lien entre *care* et race et donc l'articulation théorique entre *care* et intersectionnalité. L'assassinat de George Floyd a de ce point de vue été l'occasion de deux prises de conscience, au-delà même de la remarquable mobilisation du mouvement *Black Lives Matter*. D'abord, le tribut incroyablement lourd payé par les Afro-Américains au COVID, qui les a tués dans des proportions bien supérieures par rapport aux autres catégories. Bien sûr, comme dans le cas des morts causées par des brutalités policières, on invoque les « conditions préexistantes » : pauvreté, obésité, diabète... Mais est d'abord en cause la structure raciste d'une société qui met les Noirs, encore aujourd'hui, au service et à la merci des Blancs et qui les a placés « au front » ou en première ligne dans la lutte des sociétés contre le virus. Plus de 60 % des personnes décédées du COVID parmi les soignants étaient des Afro-Américains. Ils sont très nombreux, aux États-Unis comme en Europe, dans les professions dites « de première ligne » (santé, commerce, nettoyage, transports, soins). Ils – elles – ont porté l'essentiel du fardeau de la crise sanitaire et sont particulièrement vulnérables à la crise économique qui menace. *Black Lives Matter*, le slogan politique radical destiné à critiquer l'ancien président Obama pour sa timidité dans la défense des

---

23. Araujo Guimaraes, Nadya, Hirata, Helena (Eds.) *Care and Care Workers, A Latin American Perspective*, Springer, 2021.

Afro-Américains quand il était au pouvoir, est devenu un simple rappel ordinaire, dans un monde où ces vies ne comptent pas, sont jetées en pâture au virus.

Dans de nombreux pays, la société a pris – de façon en réalité assez surprenante – une position morale dans l’immoralité mondialisée du capitalisme : ne pas sacrifier des vies à l’économie. « Quoi qu’il en coûte. » La préservation des vies a été la priorité et on a décidé de tenter, d’abord, de soigner. Ce choix moral, qui est souvent l’objet de débats creux ou inquiétants en France (faut-il préférer la qualité de vie de jeunes privés de vie sociale à quelques années supplémentaires de vie pour des vieux qui s’accrochent), est aussi du déni des vies de ceux et celles qui ont été sacrifiés au bien-être collectif, ce « collectif » étant en réalité l’ensemble de ceux restés à l’abri et au service desquels a été mise la masse du travail du *care* (au sens large du soin des vies d’autrui) assuré, ici comme ailleurs, par les plus vulnérables.

Les sociétés démocratiques ont ainsi affiché, avec plus ou moins d’enthousiasme, et respecté, avec plus ou moins d’efficacité, un *droit à la vie* et un devoir de protéger les populations. Cette protection n’existe pas pour tous au même degré. Mais elle est absente pour les Afro-Américains. La mort de George Floyd apparaît comme en droite ligne du sort qui leur est dévolu dans la pandémie de COVID, par le COVID. On l’a paradoxalement constaté lorsque l’ancien président Trump est tombé malade. Loin de révéler une vulnérabilité commune, l’incident exhibe les inégalités qui caractérisent les sociétés capitalistes, et la place des privilégiés dans la crise qu’ils traversent le plus souvent à l’aide des services d’autrui, des chauffeurs et livreurs jusqu’aux soignantes et soignants. Elle montre

à quel point les privilégiés font porter aux autres le poids de la pandémie en général.

Aux États-Unis, les Noirs et Hispaniques courent environ deux à trois fois plus de risques que les Blancs de contracter le COVID, trois fois plus de risques d'en mourir. Selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), sur les 121 enfants qui sont morts du virus en juillet aux États-Unis, près de 80 % étaient latinos ou noirs. En France aussi, où l'on n'a pas de statistiques ethniques (ce qui est bien commode en ce moment), une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a montré que la mortalité par COVID a été deux fois plus élevée chez les personnes nées à l'étranger que chez celles nées en France. Un département comme la Seine-Saint-Denis a ainsi connu une surmortalité très élevée, ses habitants, majoritairement d'origine ou de descendance immigrée utilisant davantage les transports en commun pour aller travailler et exerçant dans des secteurs tels que l'alimentation, le nettoyage, la livraison ; bref tous ces métiers du *care* qu'on dit essentiels, une antiphrase pour dire que ceux et celles qui les exercent au service d'autrui sont quantité négligeable.

Les disparités raciales et de genre en matière de santé ne sont certes pas une nouveauté ; mais elles prennent une acuité particulière dans un contexte mondial où une part de l'humanité a été massivement mobilisée ou exposée pour s'occuper des autres. Revenons à Trump, qui symbolise à lui seul cette exploitation. Son comportement d'absence de *care* par rapport à la maladie n'est que la concrétisation du système de profit qui l'a mis au pouvoir et qui consiste à faire porter aux autres – aux plus vulnérables – le fardeau de la vie des privilégiés.

## ET LE FÉMINISME ?

Pour conclure, nous voudrions revenir au point de départ de l'éthique du *care*, qui est bien féministe, dans son ambition de faire entendre la voix des femmes et dans son attention à l'invisibilité de fonctions qui sont essentiellement et historiquement dévolues aux femmes. Nous entendons souvent dire que les pays dirigés par des femmes ont eu des résultats meilleurs pendant la pandémie de COVID ; les femmes dirigeantes ont confiné plus tôt et ont subi deux fois moins de décès à cause du COVID, selon une recherche publiée en juin 2020. Bien sûr depuis la situation s'est largement aggravée, y compris dans ces pays «champions». Si le COVID en tant que maladie a frappé plus durement les hommes, les conséquences économiques et sociétales à long terme de la pandémie vont peser plus lourdement sur les femmes. Tous les gouvernements d'ailleurs ne publient pas les données sur le COVID selon une ventilation par genre. Moins d'un pays sur trois dans le monde communique des données ventilées par genre pour les cas et les décès liés au COVID, selon un suivi fait par l'initiative Global Health 50/50 de l'University College London.

Il n'en reste pas moins que la situation est gérée en termes genrés. Ce sont des hommes qui prennent la plupart des décisions liées à la pandémie, une tendance inquiétante qui a probablement coûté des vies. Une analyse de 115 organes décisionnels et consultatifs clés de 87 pays a révélé que plus de 85 % des organes sont composés en majorité d'hommes et seulement 11 % en majorité de femmes, la parité hommes-femmes n'étant que de 3,5 %.

Selon l'étude publiée dans *BMJ Global Health*<sup>24</sup>, les instances du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé étaient composées de 37,5 % de femmes. Le fait que davantage de femmes participent à la prise de décision a conduit à des points de vue plus originaux et à une meilleure qualité de contrôle et de gestion ainsi qu'à une gestion des risques plus efficace. Les hommes dominent les postes de direction dans le domaine de la santé mondiale. Non seulement cela renforce les structures de pouvoir patriarcales, mais cela compromet l'émergence de solutions imaginatives pour une réponse efficace au COVID. Combien de femmes soignantes, près de la réalité du terrain, a-t-on nommées dans les instances « scientifiques » destinées à appuyer l'action des gouvernements ? On sait que la représentation des femmes dans les instances de prise de décisions à tous les niveaux sur la réduction des risques de catastrophe naturelle est particulièrement faible et leur rôle rarement correctement identifié. Il est clair que pour la catastrophe sanitaire en cours, le phénomène est similaire. Le manque de femmes dans les organes décisionnels et consultatifs signifie que les questions concernant les femmes pendant la pandémie ont moins de chances d'être entendues.

Ce qui apparaît aujourd'hui est très concrètement ce que les féministes et autres penseurs critiques ont analysé en termes d'*injustice épistémique*. Les critères qui disent ce qui est bien, mal, digne, les critères de ce qui compte sont

---

24. Ana-Catarina Pinho-Gomes, Kelly Thompson, Carinna Hockham, Katherine Ripullon, Mark Woodward, Cheryl Carcel, « Where are the women? Gender inequalities in COVID-19 research authorship », *BMJ Global Health*, juillet 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002922>

présentés comme universels, et sont en fait ceux d'une société patriarcale. Dans la crise actuelle, il est vital d'inclure d'autres points de vue, d'autres voix que celles des dominants. Une éthique féministe du *care* est une voix différente, comme le dit Gilligan, parce qu'elle exige qu'on donne à chacune une voix qui compte pour déterminer *ce qui compte*. Et donc, son sens actuel devient : faire entendre la voix des femmes est la voie vers de meilleures politiques au plan éthique et sanitaire.

Au-delà des reportages complaisants qui, dans la droite ligne du *gender-washing* des entreprises et autres affirmations démagogiques et creuses du *girl power*, ont mis l'accent sur les qualités des femmes de pouvoir, ou plutôt les « qualités féminines de leurs dirigeantes » (voir la caricature du discours managérial dans un article du magazine *Forbes* promouvant la gouvernance des femmes), il faut revenir à l'éthique du *care*. L'éthique du *care* est une éthique qui réclame une démocratie libérée du patriarcat – mais aussi du racisme, du sexisme, de l'homophobie et de toutes les autres formes d'exclusion qui lui sont associées. Certes, il faut être attentif aux expériences de gestion prudente et attentive des crises par les leaders en Nouvelle-Zélande, Islande, Allemagne... Et il faut répéter que les approches les plus *uncaring* et désastreuses de la crise ont bien été le fait de leaders caricaturalement patriarcaux et sexistes (aux États-Unis, au Brésil). Mais cette visibilité des femmes politiques est moins une cause qu'un effet : elle est la marque de sociétés plus démocratiques, plus soucieuses du bien commun, plus capables enfin de permettre à plus de femmes d'assumer des responsabilités et de se faire entendre.

La gestion de l'après-crise (même si cet « après » s'éloigne quotidiennement...) sera forcément genrée et les femmes

doivent y avoir la parole. Si on leur laisse... Intégrer les voix des femmes, et de tous ceux et celles qui font vivre la société, dans les définitions de ce qui compte est bel et bien, finalement, affaire de démocratie: d'élargissement du public et d'intégration de l'ordinaire et du contingent dans le politique, de reconnaissance de la compétence de personnes subalternes et actrices du *care*, dont profitent les dominants qui les mobilisent, plus que jamais aujourd'hui, à leur service. Ignorer que l'on vit, partout, dans des lieux marqués par l'inégalité de genre et sous l'emprise du patriarcat, et que l'on survit par l'exploitation de ces ressources humaines du travail de *care*, c'est négliger des possibilités de transformation culturelle profonde permettant de mieux affronter l'avenir.



# **Quelle responsabilité à l'heure du COVID ?**

Vanessa Nurock

## **INTRODUCTION : LA CRISE SANITAIRE AU CROISEMENT D'UNE CRISE DE CONFIANCE ET D'UNE CRISE DE RESPONSABILITÉ**

La crise sanitaire s'est doublée, en France, d'une crise de confiance que l'on peut qualifier de généralisée. Celle-ci s'est manifestée tant sur le plan international que national, global que local. Elle a touché tant les institutions que les personnes : par exemple, on se méfie des informations données par les autres pays (au premier rang desquels la Chine) comme des informations diffusées par le gouvernement national (français par exemple), on se méfie des « parisiens » lors du grand départ vers les résidences secondaires au cours du premier confinement, mais aussi de son voisin dans le métro, soupçonné de propager le virus en postillonnant dans son téléphone portable.

Cette crise de confiance a sans doute trouvé, en France, un écho particulier lors des débats entre scientifiques,

notamment avec l'émergence de la figure du Professeur Raoult, érigé par les uns en courageux pourfendeur de la bureaucratie élitiste parisienne et par les autres en dangereux gourou. Mais c'est probablement autour des vaccins que s'est cristallisée cette question de la confiance avec l'émergence de théories du complot particulièrement structurées affirmant notamment que Bill Gates cherchait à introduire dans les vaccins des puces RFID (*Radio Frequency Identification*) permettant de tracer les individus<sup>1</sup>. Au jour où j'écris cet article, à la fin de l'année 2020 et au début de l'année 2021, la question de savoir s'il faut ou non « avoir confiance » dans les vaccins est au centre des débats publics dans la plupart des pays et le président Macron se plaint amèrement de diriger un pays de « 66 millions de procureurs<sup>2</sup> », et plus de 50 % de la population française dit ne pas avoir confiance dans la gestion de crise du gouvernement<sup>3</sup>.

Il me semble qu'interroger cette crise de confiance est nécessaire pour comprendre les multiples facettes de cette crise sanitaire. Mon hypothèse de travail est qu'il faut

- 
1. Le journal *Le Monde* a particulièrement bien démonté ces accusations complotistes dans un article très informé et argumenté auquel je me permets de renvoyer. [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/06/23/oms-vaccins-puce-sous-cutanee-ce-que-vous-avez-lu-sur-bill-gates-est-il-vrai\\_6043910\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/06/23/oms-vaccins-puce-sous-cutanee-ce-que-vous-avez-lu-sur-bill-gates-est-il-vrai_6043910_4355770.html)
  2. [https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/01/22/covid-19-macron-defend-sa-gestion-de-crise-face-a-une-une-nation-de-66-millions-de-procureurs\\_6067182\\_823448.html](https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/01/22/covid-19-macron-defend-sa-gestion-de-crise-face-a-une-une-nation-de-66-millions-de-procureurs_6067182_823448.html)
  3. Selon un sondage réalisé par l'institut Elabe pour BFMTV selon la méthode des quotas, sur un échantillon représentatif de la population française de 1000 personnes effectué par Internet les 24 et 25 septembre 2020, 65 % des personnes sondées n'ont pas confiance dans le gouvernement pour lutter efficacement contre l'épidémie. [https://www.bfmtv.com/sante/sondage-bfmtv-65-des-francais-ne-ont-pas-confiance-a-l-executif-pour-lutter-efficacement-contre-l-epidemie\\_AV-202009270014.html](https://www.bfmtv.com/sante/sondage-bfmtv-65-des-francais-ne-ont-pas-confiance-a-l-executif-pour-lutter-efficacement-contre-l-epidemie_AV-202009270014.html)

analyser cette crise de confiance sous le prisme d'un autre phénomène, certes distinct, mais sans doute étroitement lié au premier, celui d'une *crise de la responsabilité*, sur laquelle portera donc mon analyse dans les pages qui suivent.

Cette crise de responsabilité a notamment été patente à l'international à travers la recherche d'un coupable étranger ainsi qu'en témoignent notamment les accusations répétées de Donald Trump à l'égard de la Chine ou les diverses théories du complot, affirmant souvent que le COVID-19 avait été créé en laboratoire<sup>4</sup> et qu'un gouvernement étranger ou des scientifiques en seraient donc responsables. Mais elle est aussi patente en France, au niveau *national*, et elle est devenue particulièrement notable lorsque les divers dirigeants politiques ont engagé un véritable jeu de ping-pong pour se renvoyer la responsabilité de la destruction des stocks de masques. Elle est aussi remarquable dans les discours politiques appelant chacun et chacune à une responsabilisation dans tous les gestes du quotidien notamment marquée par le port du masque dans l'espace public.

Si l'on ne saurait donc probablement comprendre la crise sanitaire sans se pencher sur la crise de confiance ni comprendre la crise de confiance sans examiner la crise de responsabilité, il ne suffit toutefois pas de souligner cette intrication entre crise sanitaire, crise de confiance et crise de responsabilité. Afin de comprendre cet entrelacs des trois crises et la signification de cette crise de la responsabilité, il me semble nécessaire d'analyser la manière dont la crise sanitaire a mis au jour l'importance du *care*

---

4. On peut se référer à : <https://jean-jaures.org/nos-productions/1-epidemie-dans-1-epidemie-theses-complotistes-et-covid-19>

et l'intrication des relations pour proposer l'idée que l'une des raisons pour lesquelles nous achoppons actuellement sur cette question de la responsabilité est que nous ne la pensons pas de manière adéquate.

Mon idée directrice est qu'il serait fructueux de penser la responsabilité à l'heure du COVID en termes relationnels plutôt que substantiels. Pour ce faire, je proposerai de nous appuyer sur les travaux d'Iris Marion Young, en articulant la dimension prospective de son approche avec l'optimisme raisonné de Raphaël Larrère. J'examinerai alors la manière dont la dimension prospective de la responsabilité relationnelle doit s'inscrire dans le projet en incluant une logique qui intègre la dimension éthique du *care* dans l'ensemble du processus.

Mon argumentation se déploiera en trois moments. Dans un premier temps, je montrerai pourquoi la notion de responsabilité a d'emblée intégré une dimension relationnelle lors de la pandémie de COVID-19. Dans un second temps, je chercherai à montrer en quoi la conception de la responsabilité relationnelle proposée par Iris Marion Young est particulièrement fructueuse pour repenser la responsabilité dans cette crise. Je montrerai enfin, dans un troisième moment, la nécessité de tempérer cette dimension prospective en l'accompagnant d'une logique processuelle qui intègre l'éthique comme un élément nécessaire de la réflexion et des décisions dans la crise sanitaire afin de ne pas se focaliser sur une logique du risque uniquement, mais aussi sur une logique du *care*.

## RESPONSABILITÉ ET RELATIONS

La notion de responsabilité est dans toutes les bouches depuis le début de la crise sanitaire, en opposition à l'insouciance<sup>5</sup>, l'irresponsabilité, voire l'égoïsme ou la négligence coupable. En revanche, on n'a guère vraiment cerné positivement la notion de responsabilité, comme si sa définition allait de soi. Or, il me semble que la caractérisation de la responsabilité est loin d'être évidente. Alors, de quoi a-t-on pu être jugé responsable, à l'heure du coronavirus, et envers qui ?

### Responsable: qui, de quoi et envers qui ?

Son introduction au sein de certaines populations, que l'on pointe du doigt un animal – le pangolin –, la Chine, où le virus aurait d'abord été développé<sup>6</sup>, ou les Parisiens, qui l'auraient apporté à la campagne dans leurs bagages<sup>7</sup>, c'est toujours *l'autre* qui est responsable.

De quoi est-il, au juste, responsable ? De l'attraper et de le propager, en ne respectant pas les fameux « gestes barrières », en allant voir sa famille dans les HEPAD ou en faisant la fête. Ici, responsable signifie probablement

- 
5. On a parlé du « dimanche d'insouciance » avant le premier confinement en France. Voir par exemple, dans *Le Monde* du 16/3/2020 : « "Un si bon dimanche" : récit de ce jour où les Français ont voulu s'accorder un dernier moment d'insouciance » [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/16/un-si-bon-dimanche-recit-de-ce-jour-ou-les-francais-se-sont-offert-un-dernier-moment-d-insouciance\\_6033247\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/16/un-si-bon-dimanche-recit-de-ce-jour-ou-les-francais-se-sont-offert-un-dernier-moment-d-insouciance_6033247_3224.html)
  6. <https://www.aa.com.tr/fr/monde/covid-19-p%C3%A9kin-responsable-des-d%C3%A9g%C3%A2ts-mondiaux-selon-des-experts-en-droit-international/1811717>
  7. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/21/coronavirus-les-parisiens-en-province-entre-colere-et-bonne-cohabitation\\_6033982\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/03/21/coronavirus-les-parisiens-en-province-entre-colere-et-bonne-cohabitation_6033982_3224.html)

coupable et égoïste : on est surtout responsable de n'avoir pensé qu'à soi.

Envers qui l'autre est-il responsable? L'un des slogans véhiculés en France pendant la crise est, à cet égard, extrêmement explicite: « Protégez-vous, protégez vos proches, protégez-nous. » De manière intéressante, ce slogan affirme une responsabilité opérant en quelque sorte en cercles excentriques<sup>8</sup> et part donc du souci de soi pour aller vers le *souci des autres*. Si bien que l'on comprend vite, au regard de ce qui précède, pourquoi le problème central n'est pas de penser à soi, mais de ne penser qu'à soi, et de le faire en des termes *discrets*, comme des structures individuelles et fermées sur elles-mêmes, en ce sens des « monades », sans relation à autrui, et notamment aux proches.

On peut cependant remarquer que cette structure excentrique ne vaut pas pour tout le monde: certaines catégories d'individus ont été exclues de cette logique au regard du caractère dit essentiel pour la communauté de leurs fonctions. Or, ainsi qu'il a souvent été remarqué, ces individus « essentiels » étaient surtout celles et ceux pourvoyant à des tâches de *care*, non seulement ceux qui dispensent le soin au sens médical du terme, personnel des hôpitaux ou des maisons de retraite, mais aussi ceux qui travaillent aux tâches d'hygiène, comme les éboueurs, ou encore ceux qui remplissent des tâches pédagogiques et d'encadrement, comme les enseignantes et les enseignants. On pourrait s'interroger sur la disparité entre,

---

8. Et ce, en des termes qui ne sont pas sans rappeler l'analyse humienne de l'empathie, dans le livre 2 du *Traité de la nature humaine*, selon laquelle nous sommes davantage en sympathie avec nos proches. Voir notamment D. Hume, *Traité de la nature humaine*, Paris, Flammarion, 1993, II, 2, 4, 6, p. 201.

d'un côté, la faiblesse des moyens mis en place et, de l'autre, le discours héroïque utilisé, comme si la reconnaissance symbolique rendait inutile la reconnaissance matérielle.

À côté de cela, dans le champ privé, et de manière invisibilisée, les tâches de soin domestique et pédagogique ont été accomplies en général par les parents, et le plus souvent les mères, de manière évidente. Ainsi, le discours d'héroïsation a également permis d'éclipser la façon dont certaines, restées chez elles, se retrouvaient à gérer à la fois travail et obligations familiales, comme si ce *care* était normal, qu'il allait de soi, voire qu'il était banal et trivial (en opposition avec le *care* héroïque), d'une part parce que ramené à une sphère privée qu'il n'était pas besoin de reconnaître et d'autre part parce qu'exercé envers des proches, des prochains.

### **Un exemple: le discours sur les masques en France**

Comme je l'évoquais rapidement en introduction, l'un des exemples les plus criants du lien entre cette « crise de la confiance » et cette « crise de la responsabilité » se trouve dans l'évolution, dans le discours public, de la question des masques. Les masques ont d'abord été présentés comme inutiles ; puis on a vu leur importance, mais on a alors jugé irresponsable d'en utiliser parce que les soignants n'en avaient pas assez ; ensuite, le discours a changé pour affirmer, à l'inverse de ce qui était dit précédemment, que ne pas utiliser de masque était irresponsable. Ces masques étant, la plupart du temps, non filtrants, ils s'inscrivaient dans une dynamique où la protection (très relative) apportée dépend précisément du fait que tout le monde porte ces masques.

Un autre sujet de controverse révélateur a été celui de la destruction des stocks de masques par l'État français. On a cherché l'origine première de cette opération, un peu sur le modèle du « patient zéro » en médecine<sup>9</sup>, pour tenter de remonter aux premiers donneurs d'ordre de ces destructions, en dehors de toute contextualisation. Cette recherche peut sembler un peu étrange dans la mesure où l'on sait que les masques ont continué à être détruits après le début de la pandémie<sup>10</sup> alors que la situation était telle qu'on reconnaissait que les masques étaient indispensables et que la question n'était donc plus de conserver ou de constituer un stock de manière préventive, « au cas où ». De plus, ce qui est surtout apparu dans cette polémique, c'est la multiplicité de donneurs d'ordres, sans que les responsables politiques ne soient forcément intervenus dans ce dossier. On n'a pas encore trouvé le « premier » ou « vrai » responsable à ce jour. Est-ce vraiment une surprise ? Cela change-t-il vraiment quelque chose ?

Deux éléments, au moins, peuvent à mon sens, être retenus de cette analyse, certes trop rapide, de la question des masques. Premièrement, elle montre que l'on se perd dans la tentative d'assigner une responsabilité entendue de manière substantielle ou vectorielle, telle qu'on trouverait une cause à un effet. On se perd également dans un problème classique en philosophie morale qui est la

---

9. On utilise couramment le terme « patient zéro » ou « patient index » pour désigner le premier individu à avoir été contaminé par un agent pathogène et à l'avoir diffusé, qu'il ait ou non développé la maladie. Ce terme inclut donc explicitement l'idée d'un premier maillon pour une chaîne de contamination.

10. [https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/05/07/la-france-et-les-epidemies-2017-2020-1-heure-des-comptes\\_6038973\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/05/07/la-france-et-les-epidemies-2017-2020-1-heure-des-comptes_6038973_1651302.html)

dilution de responsabilité posée par la démultiplication des intervenants – et que l'on appelle la question des « nombreuses mains » ou *many hands*, ainsi que l'a baptisé Dennis Thompson (1980). La question des nombreuses mains se pose dans des cas de responsabilité collective où le nombre d'acteurs pouvant être considérés comme responsables est tel que l'on ne peut pas déterminer précisément qui est responsable ni, *a contrario*, qui aurait pu empêcher l'événement concerné. Comme le montrent bien Van de Poel *et al.* (2015) cette conceptualisation présente l'avantage de porter l'accent non seulement sur la dimension multi-agents et multifactorielle de la responsabilité, mais également sur sa dimension tant rétrospective que prospective, puisque la question est également de déterminer comment éviter que l'événement reproché ne se reproduise en se demandant qui aurait pu l'éviter. De manière intéressante, cette question est notamment soulevée concernant les nouvelles technologies (par exemple, numériques) et l'environnement.

Deuxièmement, cette analyse témoigne du fait que, ici aussi, la responsabilité est toujours une responsabilité à la fois relative et relationnelle. Son assignation dépend non seulement de la relation (y compris la relation de confiance) que nous avons les uns envers les autres, mais aussi de la configuration plus large de la situation, qui peut éventuellement mettre en lumière des relations de dépendance introduisant une forme de hiérarchie – par exemple, donner priorité aux soignants pour les masques filtrants ne signifie pas qu'il est « irresponsable » de porter un masque, surtout si l'on est à risque. On pourrait argumenter, au contraire, qu'il est « responsable » de ne pas prendre le risque d'engorger les hôpitaux, le tout étant de

trouver quel est le bon usage des masques, dans quelles situations et pour qui – ce qui ne va pas forcément de soi.

Cependant, il me semble que l'une des limites de l'approche des nombreuses mains pour penser la crise sanitaire actuelle est qu'elle focalise peut-être davantage son analyse sur la multiplicité que sur les relations entre les agents et les événements et sur la manière dont ils peuvent faire réseau. Or, ainsi que je viens de le souligner, la crise a rejoué de manière intéressante la question des relations. Celle-ci a été posée tant en regard des formes de vie biologiques, à travers la question (certes classiques en temps d'épidémie) de la contagiosité, mais également en regard des formes de vie sociales, qui sont passées du réel au virtuel. Cette double dimension est d'ailleurs particulièrement patente dans le brouillard du vocabulaire utilisé en France, à travers l'expression de « distanciation sociale » avec laquelle les autorités ont qualifié la distance physique nécessaire entre les individus sur le plan sanitaire pour limiter la contagion par projection directe.

C'est pourquoi il me semble fructueux de proposer l'idée que la crise sanitaire causée par le COVID a montré la nécessité de poser la question de la responsabilité en termes relationnels. Il n'est pas question de dire ici que la seule manière de penser la responsabilité à l'heure du COVID soit relationnelle. J'estime cependant qu'une partie des difficultés que nous avons eues à penser cette crise et à agir dans cette crise est liée au fait que nous ne pensions pas la responsabilité en termes relationnels.

## PENSER LA RESPONSABILITÉ EN TERMES RELATIONNELS À L'HEURE DU COVID

L'idée d'une responsabilité relationnelle a notamment été proposée par Iris Marion Young<sup>11</sup> pour analyser entre autres la manière dont a été gérée la catastrophe environnementale de Katrina, qui s'est doublée d'une crise sociale, éthique et politique.

Iris Marion Young fait la constatation que le modèle classique de la responsabilité, qui assigne une cause et un effet selon une relation vectorielle allant de l'une à l'autre, ne convient pas ou ne suffit pas dans de nombreuses situations. Sa conception de la responsabilité relationnelle, notamment développée dans le livre *Responsibility for Justice* (2011) et un article intitulé « Katrina, too much blame, not enough responsibility » publié en 2006 dans la revue *Dissent*<sup>12</sup>, comporte cinq caractéristiques principales. Dans les pages qui suivent, je propose de rappeler ces caractéristiques et de montrer en quoi elles sont pertinentes concernant la question de la gestion de la crise sanitaire actuelle.

Premièrement, la conception relationnelle de la responsabilité ne porte pas la focale sur **l'individu**. Il ne s'agit pas de se demander « cékikilafé » (*whodunit*) comme dans un mauvais roman policier, ce qui permettrait, dans un même temps d'absoudre les autres protagonistes. Si cette

---

11. Je m'appuierai ici essentiellement sur l'analyse de cette philosophe, mais cette approche a également été proposée par d'autres, notamment Soran Reader et Margaret Urban Walker.

12. Cet article se trouve en ligne sur le lien suivant <https://www.dissentmagazine.org/article/katrina-too-much-blame-not-enough-responsibility>

approche peut sembler peut-être un peu réductrice<sup>13</sup>, cette proposition présente l'avantage de ne pas ouvrir sur la recherche de boucs émissaires. Dans les cas où l'on ne peut assigner la responsabilité à un individu, cette logique de l'individualisation du blâme risque, en effet, de pousser à recourir à une logique du bouc émissaire et à pousser les agents à se renvoyer mutuellement la charge de la responsabilité, ce qu'Iris Marion Young appelle le jeu du blâme (*blame game*). Cette posture permet ainsi de distinguer la question de la responsabilité de la question de la culpabilité.

On voit aisément, au regard de ce qui précède, en quoi cette proposition peut être fructueuse en temps de COVID. Elle permet de sortir de cette logique du renvoi de la charge de la responsabilité, de cette partie de ping-pong où chacun retourne la balle, pour se focaliser plutôt sur les relations et processus à l'œuvre. Cette logique, ainsi que je l'ai évoqué plus haut, est précisément celle que l'on a connue lors des débats sur l'affaire des destructions des stocks de masques, où les politiques se sont renvoyé la balle et ont cherché à mettre au jour un « responsable zéro ». En distinguant la question de la responsabilité de la question de la culpabilité, comme le fait Iris Marion Young, on n'absout pas d'éventuelles culpabilités, on les place dans un espace différent, y compris conceptuellement, et on les empêche de phagocyter les discussions sur la responsabilité.

Deuxièmement, la responsabilité relationnelle engage la **structure**. Elle ne se concentre pas seulement sur les

---

13. Dans certains cas, comme dans *Le crime de l'Orient Express* d'Agatha Christie par exemple, l'enquête policière ne focalise certes pas sur un protagoniste en dédouanant les autres.

maux qui dévient des conditions normales et acceptables; elle va plus loin, notamment en examinant les conditions d'arrière-plan et les connexions médiées que les individus peuvent avoir dans le cadre d'une injustice structurelle. Cette posture permet de sortir des questions conjoncturelles ou individuelles, mais aussi de sortir de la question du normal ou de l'acceptable et du retour à la normalité.

Or, dans les discussions sur « le monde d'après », la question du « retour à la normale » est souvent posée comme le point d'aboutissement du processus. Ce point me semble particulièrement intéressant dans le cas de la crise sanitaire, *a fortiori* dans la mesure où elle est appelée à durer et probablement à engendrer des modifications importantes, et des mutations durables, en termes économiques, sociaux et politiques. De plus, penser les choses sur le mode du « retour à la normale », c'est dénier, me semble-t-il, le fait que la crise causée par le COVID a mis au jour de profonds dysfonctionnements sur plusieurs plans, politiques et sociaux notamment, et qu'une réaction possible pourrait être d'en prendre acte et de penser l'après, non en rapport avec l'avant, mais plutôt avec ce qui nous semble important. Pour le dire autrement, plutôt que de penser le « normal » comme ce qui se distingue du « pathologique », il faudrait se demander comment le « pathologique » met au jour ce qui nous semble important dans le « normal ». Le « pathologique » agirait donc ainsi, en un certain sens, comme un révélateur du « normal », entendu comme un normal non pas donné mais souhaitable, une norme sur laquelle nous nous accordons.

Troisièmement, la responsabilité relationnelle est **prospective** et non rétrospective: sa dynamique est de chercher à modifier l'avenir plutôt qu'à s'interroger sur le passé. Cette troisième dimension est donc inséparable

de la première et de la distinction entre culpabilité et responsabilité : alors que la question de la culpabilité est uniquement rétrospective, la responsabilité doit donc plutôt être engagée vers la prospection. Elle est également inséparable de la seconde dimension, que je viens d'évoquer, et renforce ainsi l'importance de s'interroger sur le monde d'après, non conçu comme (seulement) un retour au monde d'avant, sans droit d'inventaire.

Quatrièmement, la responsabilité relationnelle engendre une forme de **responsabilité partagée**, à laquelle chacune et chacun d'entre nous s'engage personnellement, mais non pas en solitaire. Ce n'est que parce que chacun et chacune d'entre nous s'engage, partage cette responsabilité, qu'elle peut être authentiquement une responsabilité. Une telle conception suppose aussi de limiter autant que faire se peut la logique du resquilleur ou passager gratuit (qui ne coopère pas, puisqu'il peut profiter du fait que les autres le font) ou encore la logique du spectateur, qui ne réagit pas parce qu'il pense qu'il y a suffisamment de personnes présentes pour que quelqu'un d'autre prenne sur lui de réagir.

Si l'on revient à la question des masques, et notamment des masques non filtrants qui protègent davantage autrui que le porteur et ne sont donc efficaces que dans une perspective mutuelle, ou à celle de la distanciation dite « sociale », il est évident que la responsabilité partagée prend tout son sens dans ces contextes. Ce n'est que parce que chaque personne s'engage à la fois dans sa propre protection et dans celle des autres que l'action est efficace.

Cinquièmement, la responsabilité relationnelle articule l'éthique et le politique en enjoignant à chacune et chacun de s'engager dans une **action collective**.

Cette action collective reste sans doute en grande partie à faire et peut s'envisager sur divers plans. On peut cependant penser aux diverses formes de solidarité, souvent locales, qui se sont engagées pendant la période du COVID, comme les services de courses proposés aux personnes vulnérables par des particuliers, souvent des voisins, par exemple. Cependant, à une échelle plus large, cette question de l'engagement collectif est probablement inséparable de la question de l'accès des pays pauvres aux vaccins, qui reste, à ce jour, particulièrement préoccupante.

Ce sont ces cinq caractéristiques – la non-isolation, une approche structurelle, la dimension prospective, partagée et collective – qui, prises ensemble, constituent la responsabilité relationnelle. Il me semble qu'elles éclairent de manière intéressante la crise sanitaire que nous vivons aujourd'hui, ainsi que j'ai tenté de l'esquisser.

## RESPONSABILITÉ RELATIONNELLE ET *CARE*

Toutefois, il me semble qu'un problème important perdure à l'issue de cette analyse appuyée sur la conception de la responsabilité relationnelle proposée par Iris Marion Young. Pour le dire rapidement, il faudrait probablement encore pouvoir articuler à cette conception relationnelle de la responsabilité, deux éléments, qui restent, à mon sens, deux questions ouvertes.

La première question ouverte porte la manière dont nous nous engageons vers l'avenir alors que nous devons gérer l'ignorance et pas seulement l'incertitude. Ce problème est d'autant plus fondamental qu'à l'heure où j'écris ces lignes, en janvier 2021, sont apparus de nouveaux variants du

virus. Non seulement, donc, l'état des connaissances sur l'épidémie et ses causes reste à maints égards incertain, mais encore, il paraît clair que nous sommes en grande partie ignorants de l'évolution de la situation. Toutefois, ce n'est pas ainsi que la question de l'ignorance me semble devoir être posée.

Il me semble plus pertinent de nous appuyer sur l'analyse aujourd'hui classique proposée par Emmanuel Kant, dans sa *Logique*, sur l'ignorance du savant. Kant écrit ainsi :

L'ignorance peut-être ou bien savante, scientifique, ou bien vulgaire. Celui qui voit distinctement les limites de la connaissance, par conséquent le champ de l'ignorance, à partir d'où il commence à s'étendre, par exemple le philosophe qui aperçoit et montre à quoi se limite notre capacité de savoir relatif à la structure de l'or, faute de données requises à cet effet, est ignorant de façon technique ou savante. Au contraire, celui qui est ignorant sans apercevoir les raisons des limites de l'ignorance et sans s'en inquiéter est ignorant de façon non savante. Un tel homme ne sait même pas qu'il ne sait rien. (Kant, 1997, p. 48)

L'ignorance ne peut, en effet, être seulement définie comme l'absence de connaissance. C'est pourquoi, après tout, la question des variants n'est peut-être pas la meilleure manière d'envisager notre rapport à cette ignorance. Peut-être plutôt faudrait-il, en s'inspirant notamment de Kant, souligner que la conscience de son ignorance permet au scientifique de mieux focaliser ses recherches, d'en vérifier la méthodologie et donc de progresser. L'ignorance est donc constitutive de la dynamique de la science, ce qui n'est pas forcément le cas de

l'incertitude. Ce point est d'autant plus important à souligner à l'époque des théories du complot et des *infox*, qui ont, répétons-le, particulièrement essaimé durant cette période pour de multiples raisons, tenant probablement à la fois du contexte politique étatsunien de la présidence de Donald Trump et de l'essor du complotisme ainsi que de l'importance croissante des réseaux sociaux.

Par ailleurs, l'idée selon laquelle l'ignorance est constitutive de la dynamique de la science doit également être complétée par l'idée que, si la recherche biomédicale peut certes être considérée comme une science, la médecine procède, quant à elle, d'une pratique voire d'un art, au sens classique du terme : un artisanat qui s'opère aussi au chevet du patient, qui s'exerce sur des individus et avec des individus et suppose donc une forme de bricolage. Un rappel des modalités de la recherche et de la pratique biomédicales, du rôle qu'y jouent l'ignorance et l'ajustement, voire le bricolage, est donc nécessaire.

La seconde question ouverte consiste à nous demander s'il est pertinent de nous focaliser uniquement sur une recherche de maîtrise et une logique du risque, même si maîtriser l'épidémie est, en l'occurrence, probablement important ? Ne faudrait-il pas focaliser tout autant notre action sur ce qui dépend de nous, pour poser les choses dans une optique stoïcienne et pour adopter une logique de *care*, laquelle est peut-être au moins aussi nécessaire que la logique de maîtrise ?

### **Catastrophisme éclairé et optimisme raisonné**

Pour avancer dans la réflexion sur la première question ouverte, celle de l'ignorance, et nous demander de quelle manière nous pouvons faire avec cette ignorance, je

voudrais m'appuyer sur la suggestion que fait Raphaël Larrère, soit celle d'un « optimisme raisonné », qui me semble compléter de manière intéressante la notion de responsabilité relationnelle.

L'optimisme raisonné est une conception réactive, construite en contrepoint du « catastrophisme éclairé » de Jean-Pierre Dupuy, dont je commencerai donc par tracer les grandes lignes. Le point de départ du catastrophisme éclairé est l'idée, issue du principe responsabilité de Hans Jonas, selon laquelle « reconnaître l'ignorance est l'autre versant de l'obligation de savoir<sup>14</sup> ». Dans ces conditions, le catastrophisme éclairé de Jean-Pierre Dupuy repose sur la proposition selon laquelle il faut faire *comme si* le pire était certain afin de l'éviter. Jean-Pierre Dupuy ajoute ainsi à la condition de la reconnaissance de l'ignorance celle de la croyance en la catastrophe en s'appuyant sur une analyse de la temporalité de la catastrophe dans notre système de pensée, telle qu'elle devient une certitude et un étalon ultime seulement une fois qu'elle est avérée. Il écrit ainsi « On ne croit à l'éventualité d'une catastrophe qu'une fois celle-ci advenue, telle est la donnée de base. On ne réagit qu'à son actualité – donc, trop tard. » (Dupuy, 2004, p. 163)

C'est cette dynamique entre reconnaissance de l'ignorance et croyance en la catastrophe que Dupuy propose de réajuster : parce que nous reconnaissons l'ignorance, nous devons faire comme si nous croyons à la certitude de la catastrophe pour en faire une donnée de base avant qu'elle n'advienne (et non après) justement pour éviter

---

14. « Le gouffre entre le savoir prévisionnel et le pouvoir de faire engendre un nouveau problème éthique. Reconnaître l'ignorance devient ainsi l'autre versant de l'obligation de savoir. » Jonas, Hans (1998) *Le Principe responsabilité*, Paris, Flammarion, p. 33.

qu'elle n'advienne – et du coup pour éviter qu'elle ne soit une donnée de base par son actualité. On n'est ni dans la précaution ni dans la prévention, mais dans une forme d'anticipation non fataliste. La dynamique est donc ici très clairement prospective et s'ancre dans une posture prophétique qui annonce le pire pour avoir le meilleur.

À quel point, toutefois, est-il nécessaire d'imaginer le pire pour avoir le meilleur ? La prospective doit-elle nécessairement être pessimiste ? Devons-nous vivre dans la crainte du pire ? Une telle approche ne manque-t-elle pas de souci du moment présent, qui serait ainsi d'une certaine manière sacrifié pour assurer l'avenir ? Enfin, le désir du « jour d'après » doit-il reposer sur un « aujourd'hui catastrophiste » ?

En réaction au catastrophisme éclairé, Raphaël Larrère a proposé dans un article de 2011 intitulé « Le paradoxe de la globalisation : un optimisme (raisonné) au niveau local coexiste avec un catastrophisme (éclairé) au niveau planétaire, l'idée d'un "optimisme raisonné" ». En appuyant son analyse sur la question environnementale, et en empruntant au pratico-inerte sartrien, Raphaël Larrère suggère de distinguer le niveau local et le niveau global en inversant le proverbe écologique classique selon lequel il faut penser globalement et agir localement. Il propose ici l'idée que les changements viendront plutôt d'un penser local pour agir globalement. Il me semble que son analyse peut être étendue à la crise sanitaire en permettant de faire en sorte que le souci de l'avenir ne soit pas forcément angoissé.

Catastrophisme éclairé et optimisme raisonné adoptent une méthode inverse. Ainsi que le dit explicitement Jean-Pierre Dupuy, le premier engage une scission entre

l'homme d'une part et la nature de l'autre, et il cherche à offrir une image suffisamment repoussante de l'avenir pour qu'on n'ait pas envie de le réaliser. Au contraire, l'optimisme raisonné construit sa vision du monde sur un dépassement de la scission entre l'homme et la nature. Il veut proposer une image de l'avenir suffisamment souhaitable pour être attractive. C'est donc exactement l'inverse de l'image repoussante qui sert de moteur au catastrophisme éclairé.

C'est ainsi que la référence à Sartre, à la fin de l'article de Raphaël Larrère, peut également être lue comme un renversement de l'ordre du catastrophisme éclairé. En effet, le catastrophisme éclairé, dans la droite ligne de Jonas, place le destin comme point de départ du processus (puisque c'est par rapport à un destin terrible que tout est orienté). Au contraire, dans la perspective existentialiste, le destin est le point d'arrivée, et le point d'arrivée grâce auquel le singulier peut se transformer en collectif. C'est ce que l'on pourrait, tout simplement, appeler une manière de donner sens à son action individuelle en la liant à un collectif, à un communautaire, qui correspond également à ce que suggère Iris Marion Young en d'autres termes.

Au sein du catastrophisme éclairé, on trouve une binarité axée sur l'opposition agir/ne pas agir; vrai/faux; bien/mal. Avec l'optimisme raisonné, on se déplace vers une modulation entre agir ici/agir là; mieux/moins. Son mécanisme paraît être, sans jeu de mots, une conception *sympathique* de l'environnement, où l'action au niveau local se « transfuse » en quelque sorte au niveau global. C'est ainsi, peut-être, que l'on peut comprendre « penser local, agir global », qui clôt l'article de Raphaël Larrère.

## De la logique du risque à la logique du *care*

Là où le catastrophisme éclairé procède peut-être davantage d'une rationalité permettant de choisir l'option qui minimise le dommage maximal, ou *minimax*, l'optimisme raisonné articule éthique et politique en s'engageant dans le raisonnable et non pas seulement du côté du rationnel. Le problème se déplace ainsi de l'analyse des effets prévus mais non voulus à l'analyse des effets prévus et voulus ; on passe d'une tentative de limiter l'intervention humaine (prégnante dans l'écologie classique) à une *orientation* de l'action humaine, un « pilotage » pour reprendre un terme cher à Raphaël et Catherine Larrère.

L'optimisme raisonné permet, de plus, de s'engager dans un souci de l'avenir qui ne soit ni une angoisse ni un sacrifice du présent, ce qui rejoint parfaitement l'une des caractéristiques de l'éthique et de la politique du *care*, qui est une forme d'altruisme sans abnégation. Une telle conception revient à « faire avec », ainsi que le soulignent Larrère et Larrère (2017), plutôt qu'à se positionner dans une logique de « fabrication » qui imposerait de l'extérieur une forme à la matière pour la concevoir selon notre projet.

Il me semble qu'en articulant ensemble la responsabilité relationnelle et une dynamique prospective appuyée sur l'optimisme raisonné, on sort ainsi d'une perspective centrée sur le risque pour assumer une perspective centrée sur le *care*, ce qui permet de formuler le problème dans les termes posés par Joan Tronto (2012). En effet, si l'ignorance est inhérente à la situation, alors la recherche de maîtrise n'est peut-être pas la démarche la plus pertinente qui soit. Si la médecine est aussi ajustement et art, alors la « fabrication » n'est probablement pas la

meilleure manière de considérer la situation. Enfin, force est de constater qu'il a bien fallu «faire avec» pendant toute la crise sanitaire, malgré la rhétorique guerrière utilisée par le président Macron, qui aurait sans doute contraint à qualifier la situation de repli, sinon de déroute, si quiconque l'avait prise au mot.

Se pose donc ici la question de savoir ce que signifie «faire avec» dans une perspective éthique et politique, qui intègre les relations et la construction, plutôt que la dilution distanciée d'une communauté. L'analyse sartrienne du practico-inerte, déjà utilisée par Raphaël Larrère, permet ici, en complétant les analyses proposées par Iris Marion Young, de souligner à quel point il importe de ne pas succomber à la réification qui empêche une conception relationnelle de la responsabilité en faisant comme si les relations humaines étaient des choses (Young, 2011, p. 154). Cette réification des relations ajoutée à l'hypothèse d'une vision de nulle part, surplombante, qui est la plus commune dans les approches dites du risque, est précisément ce que rejette et désamorce l'éthique du *care*.

Comment, alors, le *care* pourrait-il, concrètement, peut-on dire, permettre de penser une autre gestion de la crise sanitaire? L'exemple de la Nouvelle-Zélande et de sa première ministre Jacinda Ardern, qui se situe aux antipodes de la posture guerrière adoptée par le président français, permet sans doute de proposer quelques pistes intéressantes. Ainsi qu'il a été très largement noté, la force de Jacinda Ardern a probablement été de tenir ensemble une politique sanitaire très stricte et un sens de la relation, une empathie avec ses concitoyens, ce qui a permis la constitution d'une communauté plutôt que celle d'une «Union Sacrée» dans la guerre au virus. Il s'agit non

pas d'une prise de position *ad hoc*, mais d'une véritable posture politique, ainsi qu'en témoigne la continuité de son positionnement, par exemple face aux victimes du terrorisme antimusulman. Pour reprendre l'expression forgée par Pullen et Vachhani (2020), c'est un leadership relationnel, qui permet d'affirmer une unité nationale qui ne dénie pas les différences et ne s'ancre pas dans l'affirmation viriliste d'une parfaite maîtrise, tout en assumant la position politique d'un État fort, qui lui a permis d'obtenir le soutien de 80 % de la population<sup>15</sup>. Ainsi qu'il a été souligné par Keith Grint<sup>16</sup>, l'une des forces de Jacinda Ardern a été de convaincre la «collectivité de prendre la responsabilité des problèmes collectifs». Or, cette approche se distingue, comme le montre bien Branicki (2020), par une manière différente de configurer le problème, par exemple en termes relationnels plutôt que dans un calcul utilitariste, en termes de qualité de *care* et pas seulement de coût financier et humains, etc. Elle souligne que la question temporelle est essentielle: plutôt que de considérer cette crise comme étant isolée, il importe de la contextualiser et de la mettre en relation avec son cadre plus général. Plus encore, écrit Branicki (2020, p. 880), ce management de crise appuyé sur le *care* a comme objectif non pas un retour à la normale, mais une perspective de transformation sociale.

En résumé, la crise sanitaire causée par le COVID-19 n'a pas seulement mis au jour l'importance des professions

---

15. <https://thespinoff.co.nz/society/28-03-2020/how-are-we-feeling-about-covid-19-the-first-opinion-poll-since-nz-locked-down/>

16. «Leadership involves persuading the collective to take responsibility for collective problems» <https://theconversation.com/three-reasons-why-jacinda-arderns-coronavirus-response-has-been-a-masterclass-in-crisis-leadership-135541>

de *care*, mais elle a aussi mis en exergue l'enjeu que représentent notre interrelation et les perspectives ainsi ouvertes par une vision renouvelée des choses. En ce sens, cette crise sanitaire, doublée d'une crise de confiance et de responsabilité, témoigne de la nécessité de mettre en œuvre la perspective offerte par l'éthique et la politique du *care*.

## BIBLIOGRAPHIE

- Branicki, L.J. (2020). COVID-19, ethics of care and feminist crisis management. *Gender Work Organisation*, 27 : 872-883.
- Dupuy, Jean- Pierre, (2004). *Pour un catastrophisme éclairé*, Paris, Points Seuil (1<sup>re</sup> éd. Seuil, 2002).
- Hans, Jonas, (1998). *Le Principe responsabilité*, Paris, Flammarion.
- Kant, E., (1997). *Logique*, Paris, Vrin.
- Larrère, Catherine et Raphaël, (2017). *Bulles technologiques*, Marseille, Wildproject.
- Larrère, Raphaël, (2010). « Le paradoxe de la globalisation ». *Cités*, 2(2), 41-51.
- Pullen, A., Vachhani, S.J. (2020). « Feminist Ethics and Women Leaders: From Difference to Intercorporeality ». *J Bus Ethics* 173, 233-243.
- Sartre, Jean-Paul, (1960). *Critique de la raison dialectique*, Paris, Gallimard.
- Thompson, D.F. (1980). « Moral responsibility and public officials: The problem of many hands ». *American Political Science Review* 74(4): 905-916.
- Tronto, Joan, (2012). *Le risque ou le care?* Paris, Presses universitaires de France.
- Van de Poel, I., Lamber R., et Zwart S. D. (2015). *Moral Responsibility and the Problem of Many Hands*, Londres, Routledge.
- Young, Iris, (2011). *Responsibility for justice*. Oxford, New York, Oxford University Press.

# **La pandémie du COVID-19 : entre vulnérabilités sociales et systèmes techniques**

Marie-Hélène Parizeau

## INTRODUCTION

La pandémie du COVID-19 a eu l'effet d'une déflagration mondiale et a ébranlé notre monde commun, mettant en relief, comme l'explique Edgard Morin (2020), la communauté de notre destin, celle de tous les êtres humains et de tous les pays. Un « simple » virus a montré de façon irréfutable notre interdépendance aux autres formes du vivant et aux écosystèmes de la Terre. Des scientifiques ont en effet montré que si la chauve-souris est un réservoir de coronavirus, il peut y avoir eu un hôte intermédiaire comme le pangolin. Ces chaînes d'interactions et de transmissions entre animaux et humains mettent directement en question nos manières d'être en relation avec certains animaux sauvages et domestiqués, donc, plus largement, nos relations d'interdépendance avec l'environnement.

La pandémie a-t-elle permis de reconnaître collectivement et mondialement cette double interdépendance? L'avenir le dira. En tout cas, nous avons pu sans difficulté prendre la mesure de nos vulnérabilités sociales, économiques, culturelles et politiques, qu'elles soient anciennes ou nouvelles.

La vulnérabilité est entendue ici dans le sens de la fragilité et de la précarité des individus, des institutions, des sociétés dans le mouvement global de la civilisation moderne technicienne. La vulnérabilité s'exprime par l'isolement et la marginalisation sociale d'un individu ou de groupes d'individus qui sont oubliés ou devenus invisibles socialement. Ils doivent alors compter sur d'autres types d'entraide, de solidarité, de sollicitude (*care*) (famille, réseaux d'amis ou de bénévoles, communauté ethnique ou religieuse) que les institutions étatiques modernes pour faire face à leurs difficultés concernant des besoins de base.

Le concept de « civilisation moderne technicienne » recouvre quant à lui, d'une part, l'idée de Heidegger sur l'essence de la technique qui dévoile la nature et l'homme comme un fond et, d'autre part, l'idée de Jacques Ellul qui montre que la technique fait système par ses caractéristiques (unicité, efficacité, universalité, autoaccroissement, automatisation, accélération, etc.) et se présente comme une puissance de domination.

Dit autrement, la pandémie n'a-t-elle pas révélé la fragilité même de la civilisation moderne technicienne au point de remettre en question certaines de ses logiques et de ses valeurs? Telle est l'hypothèse de cette enquête qui vise à repérer dans nos sociétés les anciennes comme les nouvelles vulnérabilités que la pandémie a révélé.

Dans un premier temps, nous clarifierons le concept de vulnérabilité sur le plan philosophique, en prenant appui sur les théories du *care*, puis nous expliquerons les caractéristiques du système technicien telles que les a décrites Jacques Ellul. Ensuite, nous examinerons tour à tour les différentes formes institutionnelles et sociales de vulnérabilité qui se sont présentées sous l'effet de la pandémie, en particulier dans les pays modernes occidentaux, en les mettant en relation avec certaines caractéristiques du système technicien d'Ellul<sup>1</sup>.

## DE LA VULNÉRABILITÉ

La vulnérabilité constitue un thème récurrent de l'éthique contemporaine. Ainsi, la vulnérabilité a été reliée au principe de responsabilité par Hans Jonas à la fin des années 1970. Constatant la fragilité du phénomène de la vie, Jonas énonce aussi l'impératif moral de préserver l'existence humaine pour l'avenir. Or, pour cela, explique-t-il, il faut prendre la mesure de la « vulnérabilité critique » de la nature face aux interventions techniques de l'homme (Jonas, 1990, p. 24). L'étendue de ce pouvoir technique implique en retour une responsabilité face aux conséquences des transformations techniques sur la nature et l'humain et qui s'étend jusqu'aux générations futures. Hans Jonas fait alors appel à la responsabilité élémentaire et non réciproque vis-à-vis de l'enfant.

---

1. Ce texte remanié a fait d'abord l'objet d'une conférence en anglais au *Doha Institute for Graduate Studies* le 23 janvier 2021, qui a été traduite ensuite en arabe par le Pr. Rachid Boutayed et publiée dans la revue *Tabayyun*: Marie-Hélène Parizeau, « The COVID-19 Pandemic Between Social Vulnerabilities and Technical Logics », 35(9), Winter 2021, 113-134.

Cette responsabilité parentale est l'archétype même de l'agir responsable. Elle se décline dans la sollicitude et le prendre soin de l'enfant, qui est vulnérable par définition car il dépend totalement de ses parents pour la satisfaction de ses besoins. Ainsi, la vulnérabilité de la nature (perte de la biodiversité, extinction massive des espèces, fragilisation ou disparition des écosystèmes, etc.) transformée par la technique moderne des hommes appelle une responsabilité morale du même type que la sollicitude du parent qui prend soin de son enfant vulnérable. Le principe de responsabilité prend son assise ontologique sur la vulnérabilité de toutes les formes de vie et sur le devoir-être. En plaçant la vulnérabilité au centre de son éthique de la responsabilité, Hans Jonas a ébranlé le socle de la théorie de «la société du risque» (Beck, 2001) qui pense contrôler tous les risques techniques de la modernité en les calculant. Face à la technique moderne, le monde, la nature, les êtres humains, tous, nous sommes devenus vulnérables, affirme donc Hans Jonas.

Dans les années 1990 et dans la foulée des réflexions de Jonas, d'autres critiques plus radicales ont mis aussi en cause les excès du capitalisme, la mondialisation avec l'accroissement des inégalités sociales entre les pays, l'obsession de la gestion des risques et de la sécurité, les formes de marginalisation sociale, dont celles des femmes cantonnées à la vie privée, etc. (Nurock, 2010). Dans cette perspective, les théories du *care* offrent un point de vue original sur la vulnérabilité sociale (Tronto, 2009, 2012). De façon très succincte, disons que le *care* porte sur le travail du soin auquel sont associés les sentiments moraux du souci et de la sollicitude envers les autres membres de la société. Ce «prendre soin au quotidien»

fait écho, sur les plans social et éthique, à la protection et à la responsabilité envers les autres vulnérables.

Le *care* n'est pas seulement un sentiment ou une disposition, et il n'est pas simplement un ensemble d'actions. C'est un ensemble complexe de pratiques, qui s'étendent depuis des sentiments très intimes comme « la pensée maternelle » jusqu'à des actions extrêmement larges, comme la conception de systèmes publics d'éducation. (Tronto, 2012, p. 31)

Certaines pratiques de vie ou certains types de travail ont « le prendre soin » au cœur de leur activité. Pensons aux métiers de la santé (aides-soignants, infirmières, travailleurs sociaux, cliniciens), de l'enseignement (de la petite enfance à l'université), de l'entretien ménager (nettoyage de la maison ou des bureaux), de l'aide à la maison (gardienne d'enfants ou aide quotidienne à une personne âgée ou handicapée), etc. Nous verrons d'ailleurs qu'avec la pandémie de COVID-19, ces métiers du soin ont été directement mobilisés par les États pour faire face à la situation d'urgence et que se sont révélées du même coup des inégalités, des relations de pouvoir et des valorisations sociales antagonistes. Paradoxalement, la pandémie a montré comment, dans la réalité concrète, les sociétés modernes affirmant une idéologie de l'individualisme et de l'efficacité reposent pourtant dans leur fondation sur l'interdépendance de ses membres et sur les différentes formes institutionnelles, ou non, de la relation de soin.

Les théories du *care* affirment d'ailleurs que cette interdépendance (être en relation les uns avec les autres) est au fondement de la vulnérabilité et qu'elle y est corrélative. Tous les êtres humains ont des besoins (affectifs,

matériels), et ainsi, au cours de leur vie – de la naissance à la vieillesse – ils sont des receveurs et des donneurs de soin (*care*). Le « tous vulnérables » devient une autre voie éthique, une solution sociale et politique de remplacement aux formes de domination, comme l'explique Joan Tronto.

Les processus du *care* sont complexes ; ils demandent de se soucier de (*caring about*), de prendre en charge (*caring for*), de donner des soins (*care giving*) et de recevoir des soins (*care receiving*). Ils requièrent aussi le raffinement de nombreuses qualités morales incluant l'attention, une réflexion profonde sur la responsabilité, la compétence dans le *care* (*care giving*), et la bonne réponse apportée aussi bien à ceux qui reçoivent le *care* (*care receiving*), qu'au processus effectif du *care* même.

Compris dans le sens plus large comme pratique quand les personnes prennent soin les unes des autres (« *care with* » *each other*) pour distribuer les responsabilités dans leur société, le *care* est aussi, et à l'évidence, une manière de décrire et de penser le pouvoir politique. Mais d'une manière différente du risque, et non sous les espèces de maîtrise et du contrôle. (Tronto, 2012, p. 31-32)

Le *care* comme projet politique s'ancre dans la démocratie participative et l'égalité lorsqu'il s'agit de répartir de façon équitable les responsabilités du *care* au sein de la société. Le *care* porte donc un projet de justice sociale. Il s'agit de s'interroger sur la façon dont les institutions sociales et politiques distribuent les contraintes du *care* à certains alors que d'autres y échappent. Est-ce que ces institutions répondent aux besoins des personnes les plus vulnérables ? Quels sont ces besoins et comment sont-ils

assurés? En générant plus de justice pour tous<sup>2</sup>? Qu'en est-il des formes de discrimination ou de mépris dans l'attribution politique et sociale des responsabilités du *care*<sup>3</sup>? Nous verrons dans la troisième partie de ce texte que la pandémie de COVID-19 a jeté une lumière crue sur certaines injustices sociales liées à la vulnérabilité, par exemple celle des personnes âgées ou celle liée à des emplois liés au *care*.

- 
2. Les théories du *care* ont particulièrement discuté la théorie du développement morale de Lawrence Kohlberg et la théorie de justice qu'elle porte. Or, celle-ci a eu une influence notable sur la théorie de la justice de John Rawls.

Les stades de développement moral de Kohlberg se présentent dans une hiérarchie de jugements moraux de plus en plus impartiaux et abstraits menant à une morale de la justice représentée par une élite sociale ayant d'emblée accès aux mécanismes institutionnels de la justice dans une démocratie libérale, contrairement, par exemple, aux minorités ou aux marginalisés de la société aux États-Unis. Or, Carol Gilligan, collaboratrice de Kohlberg, dans son livre *Une voix différente* (1982), a montré de façon magistrale, empiriquement et théoriquement, qu'il existait une voix morale différente, souvent portée par les femmes, qui « insiste sur la meilleure manière de préserver et d'entretenir les relations humaines en cause dans un problème moral » (Tronto, 2009, p. 117). Pour Gilligan, le plus souvent il s'agit d'un conflit de responsabilités plutôt que d'un dilemme de droits antagonistes. Sous cet angle, la résolution du conflit passe par un mode de pensée plus contextuel et narratif que formel et abstrait.

3. Les théories du *care* qui s'inscrivent dans la mouvance des théories féministes documentent largement la discrimination et le mépris social pour le travail du *care*. Joan Tronto (2009), par exemple, montre qu'aux États-Unis, les tâches concernant l'entretien (maison, bureaux) et les soins aux personnes âgées sont largement attribuées aux hommes et aux femmes de couleur. Ce type de travail peu qualifié et peu technicisé (peu spécialisé, donc sans valeur économique ajoutée) est dévalorisé par sa faible rémunération et son faible prestige social, ce qui dévalorise du même coup les personnes qui l'effectuent et accentue des formes de discrimination déjà présentes dans la société et l'histoire américaine. Il y a donc ici un enjeu de redistribution et de reconnaissance (Fraser, Honneth, 2003).

## LA CIVILISATION TECHNICIENNE

Pour analyser certaines causes ou certains effets de la pandémie en regard du « prendre soin », il est utile de clarifier plusieurs caractéristiques de la civilisation technicienne. Celle-ci, depuis le phénomène de l'industrialisation du XIX<sup>e</sup> siècle, s'est répandue dans tous les pays du monde avec des degrés plus ou moins profonds d'hybridation avec les structures sociales et politiques. Il est fascinant de voir comment la logique technicienne s'est imposée comme mode privilégié de solution dès le début de la pandémie de même que pendant et après les périodes de confinement social. Ainsi par exemple, les solutions techniques du numérique ont été choisies et valorisées par les gouvernements occidentaux ou ceux qui en avaient les moyens financiers et technologiques. Très rapidement, les entreprises et l'administration publique ont été intimées de faire passer leurs employés au « travail en ligne » à leur domicile, lequel modifie radicalement la relation et la vie au travail. L'équilibre précaire de la conciliation travail-famille s'en est trouvé perturbé avec des conséquences sur les rôles du « prendre soin » au sein des couples et des familles. Dans la foulée, concernant le système éducatif, les administrations dans les universités et les collèges ont obligé les professeurs à donner leurs cours en ligne, bouleversant la nature même de la relation pédagogique. (Quel professeur ne s'est pas retrouvé à donner son cours en ligne, sur la plateforme Zoom, devant une série d'icônes plutôt que devant le visage de ses étudiants? Quelle motivation pédagogique peut-on avoir à donner un cours devant un écran vide?) Certains gouvernements ont imposé ou pris l'initiative de lancer des applications de traçage sur les téléphones

cellulaires pour surveiller la mobilité des citoyens et leurs contacts afin de remonter les chaînes de contamination du COVID-19.

Ce mouvement vers des solutions techniques est certainement l'une des caractéristiques principales du système technique. « Puisque c'était possible, c'était obligatoire. Tel est le Maître mot de toute évolution technique », énonce Jacques Ellul (2009, p. 92). Ceci s'explique par le fait que la technique moderne est devenue dans les sociétés développées un *milieu* – donc une façon de vivre. Dans *ce milieu technique*, nous *dépendons* de plus en plus des technologies pour nos activités économiques et sociales. Dans les comportements de tous les jours, et même psychologiquement, explique Ellul, nous développons une dépendance à la technique dont nous avons intériorisé les contraintes. Notre *vulnérabilité* vis-à-vis de la technique est double : nous avons de plus en plus besoin de la technique pour maintenir ou développer le mode de vie occidental et nous sommes de plus en plus adaptés et conformés à ce monde technique du confort et de l'efficacité. Quand ce monde technique vacille, comme lors de la pandémie, et en particulier lors du premier confinement où tout était au ralenti ou arrêté (avions, voitures, commerces, travail de la majorité des gens, Bourses et marché financier, écoles, voyages, loisirs culturels, etc.), alors le temps se décompresse. À partir de ce phénomène, chacun peut prendre la mesure de cette dépendance vis-à-vis de ce milieu technique avec des sentiments profonds d'angoisse ou de libération.

Pour Heidegger, la technique constitue l'essence même de la pensée occidentale. Cette pensée est devenue technique et sa matérialité serait alors une conséquence de

la pensée (Heidegger, 1958). Pour Ellul, la technique s'impose de l'extérieur à la pensée humaine en la morcelant et en la fragmentant – elle est « déjà-là<sup>4</sup> ». Ellul prend ici la mesure de la division du travail moderne et de la domination de la machine qui se déploient depuis près de 200 ans en Occident – ce sont là des thèmes marxistes du monde matériel. La technique, au-delà des machines et du machinisme, est ainsi devenue *système* qui nous enserre en nous imposant ses logiques (Ellul, 2012).

Ainsi le système technique englobe l'individu sans qu'il puisse s'en rendre compte. Il en reçoit seulement d'immenses satisfactions. Mais c'est aussi l'une des spécificités de cet univers de diffuser des images inverses de la réalité : le maximum de complexité technique produit l'image d'un maximum de simplicité. La mobilisation intense de l'homme pour le travail produit en lui la conviction de la société de loisir. La démultiplication des moyens conduit à une apparence d'immédiateté. L'universalité du milieu technique produit l'image d'une nature. (Ellul, 2012, p. 325)

La pandémie de COVID-19 aurait-elle déchiré le voile du système technicien ? La mise à l'arrêt du système technicien a certainement permis à plusieurs de faire la différence entre les besoins fondamentaux (se nourrir, se loger, être protégé des intempéries et des dangers) et les

---

4. Ce phénomène du « déjà-là » est particulièrement frappant dans le domaine du numérique, par exemple pour les enfants nés au cours des cinq dernières années. Ceux-ci sont immergés dans les objets numériques (tablette, téléphone cellulaire, jouets connectés) qui modèlent non seulement leurs comportements mais aussi leur cerveau par le renforcement de certains *patterns* d'apprentissage (Parizeau, Gagnon, 2021).

besoins seconds, selon la terminologie d'Ellul, ces derniers étant alimentés par les moyens techniques.

Cependant, les caractéristiques du système technique sont tellement puissantes, selon Ellul, qu'il n'y a pas un point externe au sein de la modernité (il n'y a plus d'extériorité, de forme de transcendance, « Dieu est mort » a dit Nietzsche dans son *Zarathoustra*) qui permettrait d'en sortir. Ellul conclut que l'homme technicisé dans le « déjà-là » de la technique prend des décisions en fonction de celle-ci.

Or, pour comprendre l'emprise du système technique qui englobe l'homme moderne, il faut préciser le phénomène technique en expliquant ce qui le définit.

Technique autonome, cela veut dire qu'elle ne dépend finalement que d'elle-même, elle trace son propre chemin, elle est un facteur premier et non second, elle doit être considérée comme « organisme » qui tend à se clore, à s'autodéterminer : elle est un but par elle-même. L'autonomie est la condition même du développement technique. [...] Chaque élément technique est d'abord adapté au système technicien, et c'est par rapport à lui qu'il a sa vraie fonctionnalité, bien plus que par rapport à un besoin humain ou à un ordre social. (Ellul, 2012, p. 133)

Il s'ensuit que *l'autonomie* de la technique est directement liée à son *unicité*. C'est-à-dire que, comme système, les parties sont étroitement liées les unes aux autres (l'interdépendance des parties fait en sorte qu'elles ne peuvent exister sans les autres) et possèdent une régularité commune. Il résulte de ceci une ramification d'applications

interreliées – pensons aux téléphones portables et à la multitude d'applications permettant un nombre impressionnant d'actions, des opérations bancaires aux achats en ligne, en passant par les applications de santé, sans compter l'accès aux médias sociaux, etc. Le confinement a particulièrement accéléré l'usage des « solutions en ligne » par le biais du téléphone cellulaire.

Le système technique est aussi *universel* en ce qu'il s'étend à tous les domaines des activités humaines et de la connaissance. Il est présent à travers le monde à des degrés divers, mais peu d'espaces géographiques échappent à la technique moderne. Le développement des transports – des routes et voies ferrées du XIX<sup>e</sup> siècle aux satellites du XXI<sup>e</sup> siècle, en passant par les avions du XX<sup>e</sup> siècle – est un exemple évident de cet englobement géographique de la Terre par le système technique. Paradoxalement, la pandémie de COVID-19 à partir de la fermeture des frontières nationales a cloué les avions au sol, plombant les industries aéronautiques et touristiques en réduisant l'empreinte technique dans le ciel.

Le système technique est donc aussi *totalisant*, il s'adresse à tous les aspects de la vie. Si d'emblée une technique disparaît, elle est remplacée par une technique du même ordre mais supérieure. La pandémie a accéléré l'obsolescence des CD musicaux ou de films au profit de plateformes par abonnement comme Spotify pour la musique ou Netflix pour les films. On peut profiter de leurs contenus chez soi alors que les cinémas, les salles de spectacle et les musées sont fermés à cause de la pandémie. Ce phénomène a concentré et calibré l'offre culturelle, en modifiant les habitudes d'écoute par un subtil effet de *nudging* dans le confort de son domicile.

Ellul constate qu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le système technique ne fait que *s'accroître*.

La technique est arrivée à un tel point d'évolution qu'elle se transforme et progresse sans intervention décisive de l'homme, par une sorte de force interne, qui la pousse à la croissance, qui l'entraîne par nécessité à un développement incessant. De l'autre côté tous les hommes de notre temps sont tellement passionnés par la technique, tellement formés par elle, tellement assurés de sa supériorité, tellement enfoncés dans le milieu technique qu'ils sont tous sans exception orientés vers le progrès technique, qu'ils y travaillent tous, dans n'importe quel métier, chacun cherchant à mieux utiliser l'instrument qu'il a, ou à perfectionner une méthode, un appareil... Ainsi la technique progresse par l'effort de tous – sauf les populations non intégrées du tiers-monde et dans la société technicienne, le nombre très faible des opposants à la technique. (Ellul, 2012, p. 217)

Ce mouvement d'accroissement dépend évidemment d'un certain nombre de conditions de possibilité, par exemple les forces économiques poussant les innovations technologiques militaires qui sont ensuite transférées dans le marché de consommation civil, les politiques de l'État en matière de recherche et développement, l'idéologie du progrès technique, etc. Ce que décrit Ellul est encore manifestement présent aujourd'hui avec, par exemple, le développement de l'intelligence artificielle (IA) militaire des machines autonomes, la compétition spatiale États-Unis–Chine, les drones armés et l'équipement *high-tech* du super-soldat. Toute cette haute technologie relance une croissance technologique et économique à partir des

technologies numériques, après les bulles des biotechnologies et des nanotechnologies (Larrère et Larrère, 2017).

Outre l'autoaccroissement, la technique fonctionne suivant des *automatismes d'efficacité et de calcul rationnel*, même si rien n'est fixé au départ et que diverses avenues techniques sont expérimentées avant que l'une d'elles s'impose. La meilleure technique est celle qui commande l'efficacité des moyens. Cet automatisme du calcul rationnel et efficace, explique Ellul, « porte sur la *direction* technique, le *choix* entre les Techniques, *l'adaptation du milieu* à la Technique et *l'élimination des activités non techniques* au profit des autres » (Ellul, 2012, p. 240).

Cet autoaccroissement du système technique s'accélère et se complexifie de façon incroyable, ajoute Ellul. Cette accélération technique pose le problème de la *prévision*. Y a-t-il des limites à l'expansion du système technique? Jacques Ellul rappelle les conclusions du Club de Rome, qui, déjà en 1972 dans son rapport *The Limits to Growth* (ou rapport Meadows), ciblait entre autres deux contraintes externes à la croissance: l'augmentation de la population humaine (4 milliards en 1975; actuellement, en 2020, 7,6 milliards) et la pénurie des ressources naturelles de la planète en particulier les sources d'énergie (Parizeau, 2005). Ellul s'interroge ensuite sur les trois scénarios permettant de contrôler le système technique: un blocage volontaire voulu par les hommes pour rétablir les équilibres? un blocage involontaire suivi d'un effondrement civilisationnel? ou un ralentissement progressif? Sa réponse est lapidaire: il y aura accroissement des déséquilibres et des dysfonctionnements à l'intérieur du système technique entraînant du désordre en l'absence

de boucle rétroactive pour produire la décélération du système. Si Ellul était encore vivant aujourd'hui, partagerait-il les positions des catastrophistes de l'Anthropocène et des colapsologistes (Larrère et Larrère, 2020)? Ce n'est pas la réponse à cette question qui nous intéresse ici, mais plutôt l'idée que ce soit par des contraintes externes que le système technique moderne peut être ébranlé. Ces ébranlements ou déflagrations mondiales, comme nous l'avons évoqué en introduction à propos de la pandémie de COVID-19, pourraient alors obliger à faire un pas de côté, et à tout le moins, à prendre un moment réflexif nécessaire. Si on est optimiste, on pourrait même penser que les humains changeraient leur rapport à la civilisation technicienne et choisiraient, par exemple, des trajectoires techniques plus éclairées dans le sens de la durabilité environnementale, de la réparation des objets techniques ou du *low tech* (Bihouix, 2014).

Est-ce que ce pas de côté, ce moment de la pensée critique, pourrait participer à cette décélération du système technicien, si nous suivons la pensée d'Ellul? Y a-t-il des éléments nouveaux ou différents que nous pourrions déjà tirer de ces huit premiers mois de pandémie de COVID-19 et qui nous éclaireraient sur les trajectoires différentes de cette crise mondiale qui a ébranlé la civilisation technicienne moderne? Dans cette troisième partie, nous allons donc explorer cette question en l'abordant sous l'angle des vulnérabilités institutionnelles et sociales qui se sont manifestées pendant la pandémie. Nous tenterons de comprendre ce que manifestent ces vulnérabilités au sein de la civilisation technicienne ainsi que les ouvertures qu'elles créent.

## LA PANDÉMIE DU COVID-19: LA VULNÉRABILITÉ COMME L'ENVERS DE LA CIVILISATION TECHNICIENNE ?

Comment la vulnérabilité s'est-elle manifestée dans la crise sanitaire causée par le COVID-19? À partir d'une revue de littérature en sciences humaines et sociales, effectuée pour la période de mai à novembre 2020<sup>5</sup>, il nous a été possible de distinguer des formes de vulnérabilité récurrentes qui se sont manifestées et exprimées surtout dans les pays occidentaux dont les milieux techniques sont particulièrement complexes et totalisants. Nous avons analysé ce corpus à partir des matrices théoriques et des concepts du système technicien de Jacques Ellul et du *care*, en particulier selon la perspective de Joan Tronto, afin de mettre en évidence les formes de la vulnérabilité institutionnelle et sociale qui se sont révélées pendant la pandémie. C'est donc un vaste tableau qui est brossé ici sous quatre rubriques principales déclinant des formes de la vulnérabilité: 1) la prévision technique; 2) l'élimination des activités non techniques; 3) les enjeux de justice; 4) la fragilité de la démocratie.

---

5. Je remercie ici l'Institut Mallet pour l'avancement de la culture philanthropique, de Québec, de m'avoir donné accès à une documentation qui est le travail de recherche effectué par M. Mathieu Gagnon, doctorant à la faculté de philosophie de l'Université Laval. Le travail bibliographique de cet article ne prétend pas à l'exhaustivité. Le nombre de publications s'est accru de façon très significative depuis octobre 2020 et plusieurs numéros spéciaux de revues ont consacré leurs pages aux conséquences sociales, politiques et économiques de la pandémie. Les publications des États-Unis sont marquées par les enjeux politiques et sanitaires propres à la fin du mandat du président Trump.

## La prévision technique et les vulnérabilités humaines

C'est peu dire que la pandémie de COVID-19 a été imprévisible et qu'elle a été vécue comme un événement inouï, exceptionnel, et ce, depuis aussi longtemps que la Deuxième Guerre mondiale ou même l'épidémie de grippe espagnole de 1918, laquelle est souvent prise comme point de comparaison historique. La pandémie, par la vitesse de sa propagation, sa nouveauté radicale – un coronavirus inconnu chez l'humain –, l'absence de traitement, a été un choc brutal sur tous les plans. La pandémie a faussé tous les calculs politiques et toutes les prévisions économiques pour l'année 2020.

Le système économique néolibéral, en particulier le mouvement en expansion de la mondialisation, a été bloqué pendant le confinement généralisé de la première vague de la pandémie. Le ralentissement des échanges économiques entre les pays a montré la très grande *vulnérabilité systémique* de beaucoup de pays face aux fournisseurs étrangers – en particulier vis-à-vis de la Chine. Le contexte sanitaire a exacerbé la dépendance de la majorité des pays dans le domaine du matériel médical (masques, matériel de protection, respirateurs) et de la production de certains médicaments. « La crise du COVID va mettre en évidence le fait que la globalisation accroît la vulnérabilité de nations qui ne prennent pas les précautions nécessaires pour assurer leur sécurité au sens large. » (Borel, 2020, p. 18)

Plusieurs analystes s'interrogent sur les équilibres entre protectionnisme et nouvelles formes de mondialisation façonnées par les technologies du numérique et qui pourraient s'imposer par le biais de la Chine (Gomart, 2020; Gaillard, 2020). Dans une optique opposée à l'idéologie

néolibérale de l'État minimum, le rôle de l'État s'est affermi par un interventionnisme et un volontarisme qui s'est manifesté dès le début de la pandémie (protection sociale, politique de relance, mesures fiscales, subventions, etc.).

La fragilité de la coopération internationale a exacerbé la vulnérabilité économique des pays dans l'accès au matériel sanitaire et aux vaccins en particulier. À ce sujet, certains ont souligné l'importance d'un minimum d'entente entre les pays du monde pour le bien commun (Houssin, 2020). De son côté, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), organe international pivot en matière de traitement et de vaccin contre le COVID-19, s'est retrouvée au centre de controverses scientifiques (débat sur la chloroquine) et d'enjeux géopolitiques (accès aux vaccins pour les pays les plus pauvres)<sup>6</sup>. L'importance et la simultanéité de la pandémie dans les diverses régions du monde ont eu l'effet de limiter l'accès aux technologies dans le domaine sanitaire pour tous les pays. La mondialisation des circuits de production, ayant causé des délocalisations et la perte de compétitivité locale, a produit des situations nationales très inégales avec des effets réels sur les populations.

Ce fut d'abord une pénurie de masques, de respirateurs, puis de tests. Nos problèmes d'approvisionnement, notre difficulté à reconverter l'industrie textile pour produire des masques, à mobiliser l'industrie mécanique pour accélérer la fabrication de ventilateurs et à monter en puissance

---

6. Voir par exemple l'éditorial du journal *Le Monde* sur les rivalités politiques des grandes puissances en matière de vaccin: [https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/08/25/covid-19-les-risques-de-la-course-au-vaccin\\_6049879\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/08/25/covid-19-les-risques-de-la-course-au-vaccin_6049879_3232.html)

dans l'industrie des tests, ont saisi d'effroi l'opinion publique, comme les responsables politiques avertis. (Cohen, 2020, p. 75)

La gestion concrète de la pandémie a dû faire face à l'augmentation exponentielle du nombre de personnes infectées par le COVID, de malades hospitalisés et de morts. Plusieurs États occidentaux ont utilisé le vocabulaire de la guerre – 1<sup>re</sup> vague, 2<sup>e</sup> vague, « mobilisation générale » de la population, les soignants « au front », le vaccin comme « arme ultime », « la trêve de Noël », etc. Cette rhétorique de l'exhortation guerrière, qui va souvent de pair avec l'autoritarisme politique de l'état d'exception, a été combinée avec les outils de la technique (multiplication effrénée des statistiques, des scénarios, le fameux « aplatissement de la courbe », etc.). Cependant, beaucoup de systèmes de santé gouvernementaux n'ont pas su gérer la première vague du COVID-19 parce qu'ils n'ont pas évalué ou compris ce qui se passait réellement sur le terrain. Les mesures de confinement et les priorités dans la réouverture de certains secteurs de la société ont varié d'un pays à l'autre (Flood *et al.*, 2020). Les incohérences de certaines directions de la santé publique sur le port ou non du masque, les stratégies de traçage, la cacophonie des scientifiques sur certains traitements du COVID<sup>7</sup> ou encore les stratégies de vaccination illustrent plusieurs dérèglements institutionnels face à la crise.

La catastrophe s'est manifestée de façon exemplaire chez les personnes âgées malades dans les institutions de soins de longue durée (EHPAD français, CHSLD

---

7. Par exemple, le « Lancetgate » concerne une étude frauduleuse sur la chloroquine publiée par le prestigieux journal médical *The Lancet* : <https://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2020/06/04/retractation-articles-lancetgate>

québécois). Le nombre de morts et les foyers actifs de COVID se concentraient dans ces institutions lors de la première vague de la pandémie alors que les hôpitaux, de leur côté, accueillent les malades en soins intensifs. Ainsi, pendant la première vague, au Canada, comme aussi en France, en Belgique, en Grande-Bretagne et en Allemagne, environ les trois quarts des décès du COVID étaient des personnes âgées malades vivant dans ces institutions de soins de longue durée (Dichter *et al.*, 2020). Le scénario est partout le même :

L'abondante couverture médiatique a d'ailleurs levé le voile sur une situation quasi inimaginable, montrant la détresse des résidents en centre de soins de longue durée, contraints à un confinement des plus stricts, voire un isolement physique et social quasi absolu et un personnel soignant à bout de souffle, bien souvent mal équipé. (Lagacé *et al.*, 2020, p. 331)

Les personnes âgées malades dans ces centres de soins de longue durée étaient le vrai visage de la vulnérabilité de cette pandémie. Dans les pays occidentaux, les médias leur ont donné une voix et ils ont montré les conditions de vie réelle de ces personnes : beaucoup d'isolement, peu d'activités sociales et culturelles, des locaux vétustes ou inadaptés, une pénurie de personnel soignant, etc. Le portrait a aussi fait ressortir une gestion administrative déficiente qui reflète le sous-financement chronique de ces centres, avec un engorgement du système, un manque de moyens pour faire des inspections régulières, une diminution des services, etc. L'idéologie de l'âgisme a construit depuis des décennies, en Occident, des attitudes sociales négatives envers le vieillissement et, par le fait même, les personnes âgées sont vues comme fragiles, inutiles, impuissantes et dépendantes (Lagacé *et al.*, 2020). Ceci

entraîne une marginalisation sociale, l'abandon et la négligence, alors que le groupe de personnes vieillissantes dans la population occidentale est numériquement important (17,2 % de la population au Canada a plus de 65 ans, cette proportion est de 20 % en France, 21 % en Allemagne, 22 % en Italie).

Pourquoi le système de santé et la santé publique n'ont-ils pas anticipé ce qui allait se passer dans les centres de soins de longue durée alors qu'ils savaient que ces lieux étaient vulnérables à la propagation du COVID-19? La vulnérabilité est-elle une catégorie administrative? La vulnérabilité ne se quantifie pas : il n'y a pas d'algorithme de la vulnérabilité. La vulnérabilité des personnes âgées dans les centres de soins de longue durée est demeurée invisible dans le système technique des automatismes d'efficacité et de calcul rationnel.

Le système de santé est d'ailleurs basé sur un hospitalo-centrisme qui quantifie les actes médicaux, le nombre de lits, la durée d'hospitalisation, le coût des plateaux techniques, l'équilibre budgétaire, l'efficacité de l'offre de soins, la performance des services, etc. « Manager n'est désormais vu que par sa plus petite expression : la minimisation des coûts et la maximisation des gains » (Fall, 2020, p. 62). La logique comptable à l'hôpital se concentre sur ce qui est efficace et mesurable, essentiellement ce qui est technique. Or beaucoup de gestes dans le soin sont invisibles (le verre d'eau apporté au malade, la couverture bordée, le sourire donné, les discussions informelles entre soignants à propos d'un malade, etc.) et, pour le gestionnaire, ils sont non mesurables, donc inexistantes du point de vue comptable. La gestion d'un hôpital serait-elle équivalente à celle d'une usine ?

Les décisions de rationalisation des hôpitaux prises dans une logique comptable et financière excluent toute prise en compte du *slack* (élasticité) organisationnel nécessaire au soin et à la pratique médicale dans son ensemble. Il n'est donc pas étonnant qu'une crise comme celle du coronavirus fasse émerger à la surface les hérésies gestionnaires des tenants du management hospitalier : manque de lits dans les hôpitaux publics qui sont en première ligne dans la gestion de la crise : l'hôpital a perdu 5,3 % de ses lits depuis 2013 selon les statistiques du Ministère de la Santé (français) (les établissements publics en ont perdu 13 631). (Fall, 2020, p. 64)

Notons que dans les deuxième et troisième vagues de la pandémie, les gouvernements justifient des mesures strictes de confinement afin, essentiellement, de préserver la capacité des hôpitaux de recevoir les patients atteints du COVID-19 et de maintenir un nombre suffisant de soignants valides et disponibles pour leur fonctionnement.

La pandémie exacerbe donc les logiques gestionnaires de la civilisation technicienne et fait éclater du même coup des vulnérabilités sociales (les personnes âgées dans les centres de soins de longue durée) et structurelles (l'hospitalo-centrisme et sa gestion comptable).

### **L'élimination des activités non techniques**

Le calcul rationnel et efficace cherche à éliminer les activités non techniques comme l'a expliqué Jacques Ellul. Or beaucoup de dimensions du prendre soin ne sont pas des actions et des activités techniques.

Le système éducatif a subi, lui aussi, le choc de la pandémie. Pendant le premier confinement, les écoles, les collèges, les universités ont fermé dans de nombreux pays. Avec le déconfinement partiel, beaucoup d'enfants ont été renvoyés dans les écoles avec des masques, ou selon des horaires avec des journées d'école alternées, et sous la contrainte de règles complexes de distanciation physique, de groupe-classe, etc. L'objectif était de sauver l'année scolaire quitte à baisser certaines exigences d'apprentissage. Et puis, comme beaucoup de parents travaillaient en ligne à la maison, s'est alors posée cette question : comment concilier les exigences de travail et l'éducation scolaire des enfants sans laisser les enfants prendre soin d'eux-mêmes (*self care*) (Adams et Todd, 2020)? Des compromis sociopolitiques ont été trouvés, et le début de l'année scolaire, en septembre 2020, s'est déroulé au rythme des fermetures temporaires de certaines écoles devenues des foyers de contamination dans de nombreux pays. De la petite enfance jusqu'à la fin du secondaire, les publications médicales, dont celle de l'influente *American Academy of Pediatrics*<sup>8</sup>, ont insisté sur le fait que l'enseignement en présence est nettement préférable que l'apprentissage en ligne, pour le développement affectif, éducatif et social de l'enfant et de l'adolescent.

L'enseignement aux niveaux universitaire et collégial a suivi une tout autre trajectoire, celle de la technique. Bien que les situations aient varié d'un pays à l'autre,

---

8. American Academy of Pediatrics, *COVID-19 Planning Considerations: Guidance for School Re-entry*. <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools>

le mouvement général à partir du confinement a été de transformer de façon brutale – du jour au lendemain – les cours en présentiel par un enseignement en ligne avec une variété de formats (*hybride, synchrone, asynchrone*, etc. : tel est le nouveau lexique de la technopédagogie). Évidemment, les universités publiques ayant peu de moyens technologiques, en particulier dans les pays pauvres mais aussi dans certains pays occidentaux, ont misé davantage sur les mesures sanitaires de base – distanciation physique, masque et nettoyage des mains –, en conservant les cours en présentiel une fois le confinement terminé (Crawford *et al.*, 2020). Mais ce qui est fascinant concerne le choix délibéré de certains gouvernements ou de quelques directions d’universités de profiter de la pandémie pour imposer aux professeurs comme aux étudiants le tournant vers l’enseignement à distance, non seulement pendant le confinement, mais jusqu’à la fin de l’année 2021. Cette expérimentation imposée – ni professeurs ni étudiants n’avaient donné leur consentement – a été mise en œuvre sans préparation pour ce qui est de la majorité des universités. Elle a fait surgir des problèmes de vulnérabilité déjà documentés dans des études sur les cours à distance, mais qui se sont très largement amplifiés. L’accès à la technologie numérique (ordinateur, accès robuste à Internet, etc.) et à une formation de base des outils informatiques (plateformes, logiciels, etc.) est une première barrière technique qui crée des inégalités sociales. Ensuite, les conditions matérielles dans lesquelles l’étudiant évolue ont des répercussions sur sa concentration, son autodiscipline et sa motivation. Ne pas avoir accès à un simple coin de travail ou vivre dans un climat familial perturbateur, ou encore connaître des soucis financiers liés à la perte d’un petit boulot pendant la pandémie sont autant d’entraves

réelles. Avec les différentes formes de confinement, un nombre important d'étudiants se sont retrouvés sans travail et sans ressources financières. Ensuite, les étudiants ont eu de la difficulté à avoir accès aux services pédagogiques (mesures d'accommodation pour les étudiants handicapés, suivi pédagogique) et aux aides (aide psychologique, aide à l'emploi, etc.) offerts en temps normal par les universités (Gelles *et al.*, 2020). La vulnérabilité de ces étudiants s'est trouvée renforcée par leur isolement et leur invisibilité sociale et politique, puisque leur situation était techniquement gérée par le système des cours en ligne. Quant aux professeurs, ils n'ont eu d'autres choix que « d'adapter » leurs contenus de cours et leurs méthodes pédagogiques à ce nouvel instrument numérique et à prendre soin de leurs étudiants qui exprimaient du désarroi, de l'insécurité, voire de la détresse, dans cette situation où les relations humaines n'étaient plus au centre de l'enseignement ni au cœur du milieu de vie qu'est l'université. Des professeurs ont témoigné de leur difficulté quotidienne dans la conciliation travail à domicile- famille (Dunn, 2020), et plusieurs syndicats ont effectué des sondages pour documenter les conditions de travail réelles dans le cadre de ce tournant vers des cours en ligne.

Le choix politique persistant des cours en ligne dans les universités et les collèges, par opposition aux débats sociaux qui ont permis un retour rapide en classe de la majorité des écoliers, a favorisé une gestion technique des universités oblitérant les autres considérations, c'est-à-dire les activités non techniques centrales à l'enseignement universitaire (interactions verbales et non verbales entre étudiants et professeurs, dynamiques de discussions et débats, attention personnalisée,

rôle-modèle du professeur, milieu d'apprentissage égal pour tous, etc.).

La pandémie a aussi révélé que les universités sont *structurellement* vulnérables. Comme plusieurs le font remarquer, la perte des étudiants étrangers, retournés dans leur pays d'origine depuis le début du confinement, a ouvert un gouffre financier pour de nombreuses universités privées et publiques des pays les plus riches. Les cours à distance étaient une solution technique facile non seulement pour maintenir ces étudiants étrangers dans leur cursus universitaire mais surtout pour ouvrir à d'autres le grand marché globalisé de l'éducation supérieure à travers le monde. La possibilité de restructurer l'université en augmentant le nombre d'étudiants et en diminuant le nombre de professeurs au profit d'assistants de cours moins qualifiés et moins chers devient une occasion à saisir dans le contexte de la pandémie (Teskar, 2020; Devinney et Dowling, 2020).

L'impératif technicien s'est manifesté dans d'autres domaines ou pour d'autres êtres vivants. Nous retiendrons ici, à titre d'exemple, la vulnérabilité des animaux d'élevage. Les journaux ont fait écho de la polémique au Danemark concernant les visons d'élevage qui ont été contaminés par le COVID. Le COVID ainsi attrapé par les visons présente dans certains cas de nouvelles mutations qui en retour ont contaminé quelques éleveurs<sup>9</sup>. La crainte d'une flambée de la contamination humain-animal-humain de nouvelles formes de COVID a

---

9. Les données vétérinaires montrent que la transmission humain-animal s'étend à d'autres espèces. <https://www.lemonde.fr/blog/realitesbiomedicales/2020/11/13/visons-furets-chats-les-animaux-infectes-par-le-sars-cov-2-representent-ils-un-risque-pour-letre-humain/>

été telle que le gouvernement danois a exigé des éleveurs qu'ils abattent leurs visons. La densité des élevages de visons dans ce pays, à la fois en nombre d'animaux et géographiquement, est très élevée et le total d'animaux s'élève à environ 17 millions. Certains éleveurs ont refusé de tuer leurs animaux puisque leur élevage n'était pas contaminé par le COVID. Près de 3 millions de visons ont été euthanasiés au début novembre 2020, et, un mois après, dans un terrain militaire utilisé pour enterrer les visons, les corps en décomposition remontaient à la surface, ce qui a donc relancé les débats sociaux et politiques<sup>10</sup>. Quiconque a vu ces images, ne peut que superposer d'autres images des charniers et des techniques d'euthanasie de la Deuxième Guerre mondiale, et qu'en être plutôt troublé. « Version moderne sacrificielle », « scènes d'extermination » comme l'a évoqué Elisabeth de Fontenay parlant de ces millions de bovins tués pendant l'épidémie de « la vache folle » (encéphalopathie spongiforme bovine) de 1996. Les crises se répètent donc dans l'élevage animal productiviste. N'est-il pas temps de revoir les modes de production industrielle des animaux où le vivant est considéré « comme un simple outil de production selon les seuls critères de la technique et de l'économie, on est revenu dans la pratique, sinon dans l'ontologie, aux animaux-machines [de Descartes] » (de Fontenay, 2008, p. 206).

À partir de la contamination des visons d'élevage par le COVID, nous pouvons apercevoir la fragilité *systémique* de l'élevage industriel face aux épidémies et les logiques techniciennes productivistes qui s'imposent au détriment

---

10. <https://www.lesoleil.com/actualite/insolite/au-danemark-des-carcasses-de-visons-euthanasies-en-masse-refont-surface-383a52b-bd4a8062ffebd02db936a0c3b>

des animaux dans la gestion de cette crise. Ce type d'élevage qui ne fonctionne pas en vase clos, et l'exemple des visons, montrent qu'il faudra impérativement repenser les liens d'interdépendance entre les humains, les autres animaux et les écosystèmes pour transformer, sous l'influence de l'écologie, certaines pratiques actuelles d'élevage qui relèvent de la gestion technique.

### **Les enjeux de justice et de vulnérabilité**

La vulnérabilité des plus pauvres et de ceux qui sont discriminés constitue une préoccupation centrale des éthiques du *care*. Nous prendrons rapidement quatre exemples pour illustrer certains clivages sociaux et la mise en lumière de vulnérabilités économiques dans la foulée de la pandémie.

La crise dans des centres de soins de longue durée a jeté une lumière crue sur les conditions de travail des aides-soignants. Au Canada, par exemple, la précarité de ces personnes qui travaillent dans le secteur public ou privé se manifeste, pour la plupart d'entre elles – car c'est une majorité de femmes –, par un travail hebdomadaire effectué dans deux ou trois établissements différents (Armstrong *et al.*, 2020). Cette mobilité et l'absence de matériel de protection ont eu comme effet de répandre l'épidémie dans les centres de soins de longue durée, chez les personnes âgées malades, mais aussi chez le personnel soignant. Leur salaire guère plus élevé que le salaire minimum reflète par ailleurs une sous-qualification, car peu d'entre elles ont reçu une formation spécifique. Le recrutement des aides-soignants se fait souvent parmi les immigrants nouvellement arrivés. L'invisibilité de cette catégorie de travailleurs du soin s'est dissipée parce que

le gouvernement a mesuré l'importance essentielle de leur travail de soin auprès des personnes âgées malades lors de la première vague de la pandémie. Ces travailleurs sont devenus des « anges gardiens », ils ont été applaudis publiquement, etc. Les gouvernements provinciaux, mis au pied du mur, sont alors intervenus pour rehausser les salaires, créer des postes permanents, recruter en donnant une formation de base, etc. La revalorisation sociale et politique du métier de soin a ici permis de compenser certaines injustices et d'affirmer le rôle fondamental du prendre soin par opposition aux actes techniques. Se sont dessinées ici la reconnaissance de l'interdépendance des membres de la société et l'importance sociale de la relation de soin dans ses différentes formes institutionnelles.

Comme le soulignent certains auteurs, la pandémie, par le ralentissement économique qu'elle a engendré, a induit des suppressions d'emplois dans à peu près tous les secteurs économiques (sauf le numérique), accentuant la précarité et l'insécurité des plus pauvres à l'échelle mondiale (Casilli, 2020). Dans les pays riches, le passage au travail en ligne représente-t-il une nouvelle mutation technique du monde du travail ?

Mais aux inégalités face à l'emploi s'ajoutent des inégalités de conditions de travail que la pandémie a révélées et amplifiées : les cadres, davantage épargnés par la crise, ont massivement télétravaillé, tandis que les ouvriers et les employés – à l'arrêt pour près de la moitié – sont quasiment toujours sur site quand ils sont en activité. Le recours massif au télétravail des cadres a toutefois nui aux relations intrafamiliales. (Lambert *et al.*, 2020, p. 1)

Le télétravail induit des conséquences positives: moins de transport et plus de flexibilité pour les cadres, gain de productivité pour les entreprises (Cette, 2020), une autre façon de travailler moins organique avec davantage d'isolement autonome et créatif (Sarthou-Lajus, 2020). Cependant, ces changements touchent plus négativement les femmes, surtout celles qui ont des enfants: elles ont plus souvent perdu leur emploi, elles font face à une surcharge domestique et professionnelle, elles ont davantage de stress et vivent davantage l'isolement professionnel (Lambert *et al.*, 2020). À nouveau, la solution technique du télétravail accentue des inégalités et des écarts notables entre la situation de vie des hommes et celle des femmes.

Plus profondément, le télétravail repose la question du sens du travail: est-ce que le travail se réduit à une logique purement instrumentale et de production? Le travail n'est-il pas aussi une voie parmi d'autres pour créer de la solidarité sociale et pour permettre une forme de réalisation personnelle? (Flohimont et Fauville, 2020)

La pandémie a levé le voile sur une forme de travail, le bénévolat – un prendre soin collectif – effectué par une masse de personnes non rémunérées. Ce travail est effectué à partir d'une multitude d'associations ou d'organismes communautaires qui fonctionnent comme un ultime filet de sécurité pour les plus vulnérables de la société. Ils prennent soin de ceux qui ont faim (banques alimentaires), des sans-abris (maisons d'accueil, dons de vêtements), de ceux qui ont des problèmes de santé mentale ou qui subissent de la violence familiale, ou encore de ceux qu'on appelle les sans-papiers (lieux d'accueil et de réconfort), etc., bref de ceux dont les besoins de base ne sont pas assurés par les services gouvernementaux.

Ces bénévoles, souvent des retraités, prennent soin de la solidarité sociale (prendre soin des autres «*care with each other*»). Lors du premier confinement et après, l'essentiel de ce travail de solidarité sur le terrain s'est ralenti car une majorité de bénévoles se situe dans une tranche d'âge plus à risque de complications du COVID. Les plus vulnérables de la société sont devenus encore plus vulnérables (Archambault, 2020).

Mais la pandémie a aussi stimulé les dons et la mobilisation des grands organismes philanthropiques pour soutenir une quantité d'activités sociales et culturelles (Tarasov, 2020). Cependant, le secteur des arts et de la culture a été complètement dévasté par la pandémie. L'industrie du spectacle a accéléré le mouvement vers des modes de consommation en ligne (films, musique, jeux vidéo) par différentes plateformes sur Internet, généralement payantes. Or, le mouvement de nombreux gouvernements de pays riches vers un désinvestissement du champ de la culture et des arts s'était amorcé depuis plus d'une décennie au profit de l'industrie culturelle et du modèle du travailleur autonome tel l'acrobate sans filet de protection. Ces gouvernements ont fermé les musées, les théâtres, les salles de spectacles, de concert et de cinéma, mais ils ont aussi limité l'accès aux bibliothèques municipales ou les ont fermées. Il reste que plusieurs gouvernements ont donné des subventions pour soutenir la «*création artistique en ligne*», ou maintenir minimalement certaines activités dans les organismes officiels de la culture comme les musées nationaux (Betzler *et al.*, 2020). Mais, depuis le début de la pandémie, le secteur de la culture et surtout les créateurs, les auteurs, les artistes et les techniciens du spectacle sont devenus extrêmement vulnérables économiquement, mais plus largement, ce

sont les formes de la culture qui sont ébranlées. Comme l'explique Françoise Benhamou (2020), le monde de la culture a subi plusieurs chocs. Avec la fermeture des frontières et l'arrêt du tourisme culturel, tout le secteur culturel est figé, des expositions (9,6 millions de visiteurs au Louvre) aux festivals à grand déploiement (6000 festivals en France chaque année). La mondialisation des loisirs culturels s'est tarie (en France, perte de 25 % du chiffre d'affaires pour l'ensemble des activités culturelles, soit 22,3 milliards d'euros). Le marché de l'art avec ses 300 biennales à travers le monde s'est tourné vers les solutions numériques.

Le numérique est-il une solution? Il est un instrument de fidélisation, de conquête et de créativité, mais pas toujours de valorisation, et il se heurte à la montée en puissance des GAFAM. Les musées ont rivalisé d'inventivité sur les réseaux; ils y ont gagné un public, envoyé le message de la modernité [...] Mais tout cela ne constitue pas pour autant les bases d'un modèle économique [...]

L'urgence doit se conjuguer avec une vision de long terme, et le « monde d'après » se heurte à trois risques: passer de la surabondance à la décroissance et au malthusianisme en ne privilégiant que les « circuits courts », glisser de la modestie vers la moindre qualité, et basculer dans le nationalisme en perdant de vue les coopérations internationales. (Benhamou, 2020, p. 5-7)

Il semble qu'ici encore, globalement, le choix technique a guidé l'agir politique: à l'ère de la reproduction technique, comme l'analysait Walter Benjamin, la culture est tout simplement accessible par Internet. Encore faut-il avoir

accès au numérique et avoir un minimum de littératie numérique. La pandémie a forgé de nouvelles inégalités sociales et accentué la fracture numérique (Lucas, 2020) par le biais des solutions numériques appliquées dans un nombre croissant d'activités de la société. Quelle personne êtes-vous si vous n'avez pas accès à votre compte bancaire en ligne, si vous ne pouvez pas faire vos achats en ligne, si vous ne participez pas aux médias sociaux ? Vous êtes invisible et plus vulnérable, voire discriminé, dans ce nouveau monde numérique qui médiatise et contrôle les relations sociales et de travail par le système technique.

## Vulnérabilité de la démocratie

La pandémie du COVID-19 a institué un état d'urgence sanitaire dans de nombreux pays, en suspendant certains droits fondamentaux pour protéger la santé de tous.

Le fait le plus remarquable de la réponse à l'épidémie a été l'interruption d'une part importante de l'activité économique et sociale, au prix d'une récession et d'un chômage inédits depuis près d'un siècle, et la suspension d'un nombre significatif de libertés publiques et de droits fondamentaux, à commencer par ceux de circuler et de se réunir. C'est, pour les démocraties occidentales, un choc sans précédent, qui ébranle leurs deux piliers : le capitalisme et le libéralisme. Ce choc n'avait d'autre raison d'être que d'épargner des vies. (Fassin *et al.*, 2020, p. 4)

En contexte de crise, et ce, même dans les démocraties occidentales, s'exerce une fascination pour le pouvoir autoritaire, incarné par un chef de l'État fort, entouré de son groupe d'experts, et qui rassure en indiquant le chemin de la sortie de crise. Réaffirmation de l'autorité

de l'État ? En tout cas, la verticalité du pouvoir (*top-down*) en cette période de crise s'est accentuée : les ordres et les messages vont dans un seul sens, avec une dérive autoritariste partout dans les structures gouvernementales, en particulier, comme nous l'avons vu, dans le système de santé ou le système éducatif ou encore dans le champ de la culture de nombreux pays. Pour autant, la pandémie n'a pas généré un État d'exception permanent dans la majorité des pays démocratiques, qui ne sont pas tombés dans le totalitarisme. Cependant, dans certains pays de tradition anglo-saxonne, en particulier les États-Unis, des tensions entre la sécurité sanitaire et les libertés civiles se sont exprimées dans le contexte particulier de l'année des élections présidentielles américaines.

Les médias sociaux participent-ils aux débats démocratiques, en permettant à chacun de s'exprimer ? Sont-ils un espace social démocratique ? Ou, au contraire, ne créent-ils pas de faux débats, relayant de fausses nouvelles, entraînant une dégradation des échanges, voire une forme de violence des relations sociales ? Si la désinformation sur la pandémie s'est accrue dans le temps, en particulier dans les médias sociaux, l'intérêt des citoyens a nettement remonté dans les pays européens et aux États-Unis à l'égard des médias traditionnels (journaux et télévision) et de leur contenu informationnel en matière d'affaires publiques sur la pandémie (Casero-Ripollés, 2020).

Il est peut-être trop tôt pour analyser si la crise causée par le COVID-19 a rendu plus vulnérables les États et les institutions démocratiques. Cependant, il est clair que la pandémie les a mis à l'épreuve et que les solutions gouvernementales ont penché du côté du système technique, sous un mode le plus souvent autoritaire qui négligeait

les réalités et les discussions sur le terrain. Ce contexte général a créé ou amplifié des formes de résistance politique s'attaquant directement au fonctionnement de la démocratie par la propagation du chaos (fausses nouvelles sur les masques, les vaccins, etc.), et alimentant dans les mouvements d'extrême droite le racisme et la peur de l'Autre. Cette tendance pourrait mener à un nouvel autoritarisme mondial avec comme caractéristiques : une démondialisation prenant une forme nationaliste, une baisse de la participation démocratique entraînant plus de centralisation étatique, un État de surveillance par le numérique et une érosion des droits de la personne, et enfin un aveuglement volontaire sur les inégalités (Cooper, Aitchison, 2020). Face à ce scénario pessimiste, rappelons-nous que rien ne semble pourtant joué d'avance. Ainsi, d'autres forces de collaboration politique ont alimenté une participation record aux élections présidentielles aux États-Unis ou ont cherché des solutions politiques novatrices centrées sur le prendre soin collectif (Fassin *et al.*, 2020, p. 12). Bref, chaque pays pourra faire plus tard un bilan sur les forces et les faiblesses de ses institutions démocratiques, et des analyses et des nuances doivent ici être apportées.

## EN GUISE DE CONCLUSION

À la question initiale « la pandémie n'a-t-elle pas révélé la fragilité même de la civilisation moderne technicienne ? », nous avons tenté de répondre en montrant deux choses. Tout d'abord, nous avons illustré avec plusieurs exemples que la pandémie a montré des vulnérabilités déjà présentes dans les sociétés occidentales, comme celle des personnes âgées malades dans les centres de soins de

longue durée, ou qu'elle a fait émerger des inégalités et des injustices connues, comme le problème de la conciliation famille-travail, surtout chez les femmes, ou encore le travail dévalorisé des aides-soignants, souvent des immigrants. Ces vulnérabilités reliées à des activités du *prendre soin* se sont accentuées pendant la pandémie. Ce sont des choses que les théories du *care* avaient déjà mises en relief. Nous avons aussi montré que la vulnérabilité s'appliquait au niveau *systémique* à différents champs ou diverses activités de la société. Certaines activités étaient déjà soit en mutation, comme la production mondialisée du matériel médical, le domaine des arts et de la culture et le système hospitalier, soit sous tension, comme les universités, le domaine du travail ou celui de la production animale. Cette vulnérabilité systémique est apparue à partir du moment où les gouvernements ont choisi d'opter pour des solutions techniques, en particulier le numérique, pour maintenir coûte que coûte le fonctionnement du système économique et gérer la crise. Les États les plus riches ont ainsi alimenté le système technique et ses logiques d'efficacité. Ces solutions techniques ont par ailleurs court-circuité les manifestations des relations humaines propres à ces domaines (le sens du travail, la relation pédagogique, le partage de la création, la relation d'aide). Cette déshumanisation par la mise à distance numérique ou la transformation des activités sociales multiplie d'ailleurs les formes de vulnérabilité individuelle en générant de nombreux exclus. Des résistances se sont manifestées sur le plan politique et dans les médias sociaux en polarisant le paysage politique et en mettant les démocraties face à des dilemmes redoutables. Si la pandémie a révélé la fragilité de la civilisation moderne technicienne, elle a montré aussi que cette civilisation possède encore les capacités d'imposer de nouvelles

trajectoires techniques comme moyen rationnel de gestion de crise. Mais jusqu'où et à quel prix ? La pandémie du COVID-19 a en effet accéléré un passage au système technique du « tout numérique » en donnant un avant-goût du modèle de la « société numérique du futur ». Reste donc à savoir maintenant si telle est la société que nous voulons concrètement pour demain ou si nous tirons quelques leçons de toute cette grande expérimentation sociale en reconnaissant la centralité de nos interdépendances, y compris avec l'environnement. Prendrons-nous la mesure du fondement sociétal que sont des liens relationnels et sociaux générés par le prendre soin ?

## BIBLIOGRAPHIE

- Adams, Gina, Todd, Margaret (2020). *Meeting the School-Age Child Care Needs of Working Parents Facing COVID-19 Distance Learning. Policy Options to consider*. Houston, Urban Institute, juillet. <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/102621/meeting-the-school-age-child-care-needs-of-working-parents-facing-covid-19-distance-learning.pdf>
- Archambault, Édith (2020). « Quel monde associatif en période de Covid-19 ? Un panorama des situations et des enjeux issus du confinement », *Revue Internationale de l'Économie Sociale*, juillet, 357, 100-108.
- Armstrong, Pat, *et al.* (2020). « Privatization and COVID-19: A Deadly Combination for Nursing Homes », Dans : Flood, Colleen, MacDonnell, Vanessa, Philpott, Jane, Thériault, Sophie, Venkatapuram, Sridhar, *Vulnerable. The Law, Policy and Ethics of COVID-19*, Ottawa, University of Ottawa Press, 447-462.
- Beck, Ulrich (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier. (*Risikogesellschaft*, 1986).
- Benhamou, Françoise (2020). « Crise de l'archipel culturel », *Esprit*, septembre. <https://esprit.presse.fr/article/francoise-benhamou/crise-de-l-archipel-culturel-42923>

- Betzler, Diana *et al.* (2020). «COVID-19 and the arts and cultural sectors: investigating countries' contextual factors and early policy measure», *International Journal of Cultural Policy*, DOI:10.1080/10286632.2020.1842383, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10286632.2020.1842383?needAccess=true>
- Bihouix, Philippe (2014). *L'âge des low tech. Vers une civilisation techniquement soutenable*. Paris, Seuil.
- Borel, Josep (2020). «COVID-19, le monde d'après est déjà là...», *Politiques étrangères*, Été, 9-23.
- Brugère Fabienne (2008). *Le sexe de la sollicitude*, Paris, Seuil.
- Brugère Fabienne (2020). «Pour une société du care. Retour sur 10 ans de combat», *Études*, juillet-août, 61-72.
- Casero-Ripollés (2020). «Impact of Covid-19 on the media system. Communicative and democratic consequences of news consumption during the outbreak», *El profesional de la informacion*, 29 (2), file:///Users/mhpar/Downloads/SSRN-id3594133.pdf
- Casilli, Antonio (2020). «Le travail à inégale distance», *Par ici la sortie!*, n° 1, 147-153. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02889466/document>
- Cette, Gilbert (2020). «Télétravail et croissance économique: une opportunité à saisir», *Futuribles*, juillet-août, 437, 77-82.
- Club de Rome (1974). *Le rapport de Tokyo sur l'homme et la croissance*, Paris, Seuil.
- Cohen, Élie (2020). «La souveraineté industrielle au révélateur du COVID-19», *Politiques étrangères*, Automne, 71-83.
- Cooper Luke, Aitchison Guy (2020). «The dangers ahead. Covid-19, Authoritarianism and Democracy», LSE Conflict and Civil Society Research Unit, juin 2020. [http://eprints.lse.ac.uk/105103/4/dangers\\_ahead.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/105103/4/dangers_ahead.pdf)
- Crawford, Joseph *et al.* (2020). «COVID-19: 20 countries' higher education intra-period digital pedagogy response», *Journal of Applied Learning and Teaching*, 3(1), 9-28.
- Devinney, Timothy, Dowling, Grahame (2020). «Is the crisis higher education needs to have?», *The World University Rankings*, May 14, <https://www.timeshighereducation.com/features/crisis-higher-education-needs-have>

- Dichter, Martin *et al.* (2020). «COVID-19: it is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes», *International Psychogeriatrics*, 32 (10), 1157-1160.
- Dunn, Tasha, (2020), «When professor guilt and mon guilt collide: pandemic pedagogy from a precarious place», *Communication Education*, 69(4), 491-501.
- Ellul, Jacques (1990). *La technique ou l'enjeu du siècle*, Paris, Économica.
- Ellul, Jacques (2012). *Le système technicien*. Paris, Cherche-midi.
- Ellul, Jacques (1988). *Le bluff technologique*, Paris, Pluriel.
- Fall, Ibrahima (2020). «Une crise peut en cacher une autre: comprendre la crise du management pour comprendre la crise sanitaire du coronavirus. Quelques pistes de refondation du management», *Question(s) de management*, (3) 29, 61-69.
- Fassin *et al.* (2020). «La démocratie à l'épreuve de l'épidémie?», *Esprit*, octobre, 1-21. <https://esprit.presse.fr/article/didier-fassin-et-nicolas-henckes-et-raphael-kempf-et-justine-lacroix-et-nicolas-leger-et-jean-claude-monod-et-florence-padovani-et-jean-yves-pranchere-et-livia-velpry-et-pierre-a-vidal-naquet-et-laurent-vogel/la-democratie-a-l-epreuve-de-l-epidemie-42977>
- Flohimont V., Fauville, Marie-Aline (2020). «En quoi la crise de la COVID-19 repose-t-elle la question du sens du travail?», Chronique 4-covid-19. HR Square. [https://pure.unamur.be/ws/portalfiles/portal/49724808/chronique\\_4\\_du\\_sens\\_dans\\_le\\_travail\\_HR\\_Square\\_20200515.pdf](https://pure.unamur.be/ws/portalfiles/portal/49724808/chronique_4_du_sens_dans_le_travail_HR_Square_20200515.pdf)
- Flood, Colleen *et al.* (2020). «Overview of COVID-19: Old and New Vulnerabilities». Dans: Flood, Colleen, MacDonnell, Vanessa, Philpott, Jane, Thériault, Sophie, Venkatapuram, Sridhar, *Vulnerable. The Law, Policy and Ethics of COVID-19*, Ottawa, University of Ottawa Press.
- de Fontenay, Elisabeth (2008). *Sans offenser le genre humain. Réflexions sur la cause animale*, Paris, Albin Michel.
- Fraser, Nancy, Honneth, Axel (2003). *Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange*, New-York, Verso.
- Gaillard, Norbert (2020). «Le COVID-19, accélérateur de la post-mondialisation», *Politiques étrangères*, Automne, 59-70.

- Gelles, LA *et al.*, (2020), «Compassionate Flexibility and Self-Discipline: Student Adaptation to Emergency Remote Teaching in an integrated Engineering Energy Course during COVID-19», *Education Sciences*, 10, 304, <https://www.mdpi.com/2227-7102/10/11/304>
- Gomart, Thomas (2020). «Le COVID-19 et la fin de l'innocence technologique», *Politiques étrangères*, Été, 25-38.
- Heidegger Martin (1958). *Essais et conférences*, Paris, Gallimard.
- Houssin, Didier (2020). «La coopération sanitaire internationale à l'épreuve de la COVID-19», *Politiques étrangères*, Été, 33-45.
- Jonas, Hans (1990). *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technicienne*, Paris Cerf. (*Das Prinzip Verantwortung*, 1979).
- Lagacé, Martine *et al.*, (2020). «COVID-19 et âgisme: crise annoncée dans les centres de soins de longue durée et réponse improvisée?». Dans: Flood, Colleen, MacDonnell, Vanessa, Philpott, Jane, Thériault, Sophie, Venkatapuram, Sridhar, *Vulnerable. The Law, Policy and Ethics of COVID-19*, Ottawa, University of Ottawa Press.
- Lambert, Anne *et al.*, (2020). «Le travail et ses aménagements: ce que la pandémie du COVID-19 a changé pour les français», *Population et Sociétés*, 579, 1-4.
- Larrère, Catherine, Larrère, Raphaël (2017). *Bulles technologiques*. Paris, Wildproject.
- Larrère, Catherine, Larrère, Raphaël (2020). *Le pire n'est pas certain. Essai sur l'aveuglement catastrophiste*, Paris, Premier Parallèle.
- Laugier Sandra (dir.) (2012). *Tous vulnérables? Le care, les animaux et l'environnement*. Paris, Payot.
- Lucas, Jean-françois (2020). *La COVID-19, accélératrice et amplificatrice des fractures numériques*, SciencesPo, Chaire digital, gouvernance et souveraineté. <https://www.sciencespo.fr/public/chaire-numerique/wp-content/uploads/2020/10/COVID-19-acc%C3%A9l%C3%A9ratrice-et-amplificatrice-des-fractures-num%C3%A9riques-J.F.-Lucas.pdf>
- Morin, Edgar, (2020). «Cette crise nous pousse à nous interroger sur notre mode de vie, sur nos vrais besoins masqués dans les aliénations du quotidien», propos recueillis par Nicolas Truong, *Le Monde*. Consulté en ligne: <https://www.lemonde.com>

fr/idees/article/2020/04/19/edgar-morin-la-crise-due-au-coronavirus-devrait-ouvrir-nos-esprits-depuis-longtemps-confinés-sur-l-immediat\_6037066\_3232.html

- Nietzsche, Frédéric, (1985). *Ainsi parlait Zarathoustra*, Paris, Gallimard.
- Nurock Vanessa (dir.) (2010). *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Paris, PUF.
- Parizeau, Marie-Hélène (2004). « Du développement au développement durable: l'environnement en plus. Analyse éthique et politique » dans : *Le développement durable*, D. Guay (dir.), Les Presses de l'Université Laval, p. 305-326.
- Parizeau, Marie-Hélène, Gagnon, Josée Anne (2021). *De la médecine technicienne à la santé écologique. Repenser la bioéthique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Sarthou-Lajus, Nathalie (2020). « En 'télétravail' ou 'présentiel' ? », *Études*, 11, 5-6.
- Tarasov, Olga (2020). « In a moment of Crisis, Philanthropy is Showing its Unique Value », *Inside Philanthropy*. <https://www.insidephilanthropy.com/home/2020/3/26/in-a-moment-of-crisis-philanthropy-is-showing-its-unique-value>
- Teskar, Marek (2020). « Towards a Post-Covid-19: 'New Normality?': Physical and Social Distancing, the Move to Online and Higher Education, *Policy Futures in Education*, 18(5), 556-559.
- Tronto Joan (2012). *Le risque ou le care ?*, Paris, PUF.
- Tronto Joan (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte. (*Moral Boundaries. Apolitical Argument for an Ethic of Care*, 1993)



# **Le *care* et la collecte des données numériques en santé**

Margo Bernelin

Le 31 décembre 2019, la Commission sanitaire de Wuhan (Chine) recense les premiers cas suspects de pneumonie et en informe la communauté internationale par l'intermédiaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le 11 janvier 2020, la Chine communique la séquence génétique du virus responsable de ces cas, le virus du COVID-19. Rapidement, le virus se transmet à l'échelle mondiale, et cela, bien avant les annonces officielles de la présence d'un nouveau virus transmissible à l'homme. En mars 2020, l'OMS qualifie la situation de pandémie, tandis que les États organisent leurs réponses à la crise. Le confinement de la population (ciblé ou général) a été, et reste, privilégié au sein des pays de l'Union européenne, afin de limiter la propagation du virus alors qu'aucun traitement ne permet, à cette heure, de traiter l'infection liée au COVID-19. En « guerre » contre le virus, l'État français a choisi ses armes, déployant des outils numériques et la collecte de données personnelles afin de suivre l'épidémie et dans l'espoir de trouver de nouvelles

solutions thérapeutiques. Les lois successives relatives à l'état d'urgence sanitaire ont ainsi conduit à la création de nouveaux systèmes d'information consacrés au COVID, c'est-à-dire à la création de bases de données personnelles spécifiques au dépistage (nommée «SI-DEP»), au suivi des cas contact («Contact Covid») ou encore à la vaccination («Vaccin Covid»). Ces lois ont également contribué à l'enrichissement de la Plateforme nationale des données de santé, structure centralisant en France des bases de données numérisées en santé, avec un catalogue lui aussi spécifique au COVID afin de mettre à disposition ces données pour des recherches (arrêté du 21 avril 2020). En parallèle, l'État français a lancé son système de «*contact tracing*» StopCovid, renommé à l'automne 2020 TousAntiCovid, une application sur téléphone permettant d'informer des utilisateurs ayant été en proximité physique d'autres utilisateurs positifs au virus.

Ce déploiement rapide du numérique s'est appuyé sur la collecte de données personnelles, c'est-à-dire sur la collecte de données directement ou indirectement identifiantes. Dans ce cadre, une place centrale a été conférée aux données de santé, c'est-à-dire des données qui informent sur l'état de santé physique ou mental, passé, présent ou futur, d'un individu. En pratique, de nombreuses données sont collectées, qu'il s'agisse des résultats de diagnostics, des données relatives aux consultations en ville mais aussi à l'hôpital, du décompte des décès, des données sur les cas contacts, etc. Toutefois, l'usage de ces données cristallise les inquiétudes. Les données de santé révèlent l'intimité de la vie d'une personne, sa situation de santé face au COVID, mais aussi ses antécédents médicaux – constituant ces fameuses causes de comorbidité –, ou encore d'autres éléments comme

la composition de son foyer. La donnée de santé révèle effectivement des éléments intimes que l'on ne souhaite pas nécessairement dévoiler aux autres, notamment parce qu'ils peuvent constituer le prétexte à des discriminations en matière d'emploi ou d'accès à des services divers (lesquels seraient refusés pour cause de mauvais état de santé ou de mauvaises habitudes en lien avec la santé). Dans le contexte pandémique actuel, ce spectre est plus proche que l'on pourrait le penser. À cet égard, on notera qu'un projet de loi, déposé le 21 décembre 2020 à l'Assemblée nationale, propose d'instituer un régime pérenne de gestion des urgences sanitaires autorisant le premier ministre à interdire l'accès à certains lieux ou modes de déplacement à ceux qui ne pourraient présenter un test de dépistage négatif ou la preuve de l'administration d'un vaccin. Notre état de santé, ou son maintien face au virus, aurait alors encore davantage de conséquences dans notre vie de tous les jours.

Dans ce contexte particulier, quelle a été la place du *care* entendu comme « prendre soin de », « faire attention à », « faire preuve de sollicitude » (Laugier et Molinier, 2009), se soucier d'autrui (Ibos *et al.*, 2019)? Le *care*, cette attention à l'autre, a-t-il guidé la mise en place des collectes de données décrites? A-t-il été pris en compte dans la mise en œuvre de ces dernières? Une analyse par le *care* de ces questions semble plus que jamais d'actualité. En effet, la gestion actuelle de crise a mis en lumière le travail de ceux et de celles qui exercent ce *care* (Legros, 2020), valorisant ces derniers pourtant par le passé invisibilisés (Ibos *et al.*, 2019-2). Le travail des soignants, y compris celui des infirmières et infirmiers, des personnels des EHPAD, est salué tandis que le respect des gestes barrières est martelé tout autant pour protéger la population que

pour limiter les effets de la pandémie sur les conditions de travail de ces personnels soignants. À présent que des vaccins sont disponibles, c'est le travail des aides à domicile qui est reconnu avec la possibilité qui leur est offerte (sous réserves) d'être vaccinés en priorité. Le *care* serait-il même incontournable dans cette crise? Il est frappant de noter la création d'un comité nommé « CARE » afin de penser la réponse sanitaire à adopter face à la crise. Ce comité, instauré le 14 mars 2020 et dont l'intitulé complet est le Comité Analyse, Recherche et Expertise (CARE) Covid-19, conseille le ministre de la Santé et le ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche « sur les grandes priorités scientifiques, technologiques et thérapeutiques sur lesquelles il faut se concentrer de façon urgente » (Barré-Sinoussi, 2020). Au-delà de l'actualité d'une analyse par le *care*, la notion offre un outil d'étude novateur pour l'analyse de l'encadrement juridique de la collecte et du traitement des données personnelles. Novateur en raison du sujet en lui-même. En effet, la gestion sanitaire de la crise a fait l'objet de toutes les attentions, qu'il s'agisse du confinement, de la provision de masques, de tests de dépistage, de vaccins ou encore de lits de réanimation et de leurs conséquences sur les patients, les citoyens, les commerces. Toutefois, les conséquences de la collecte des données n'ont que peu été sondées pour elles-mêmes, encore moins sous l'angle du *care*.

La grille d'analyse offerte par la notion, si complexe soit-elle, permet de s'intéresser autant aux modalités de mise en œuvre des collectes de données qu'à leurs conséquences et angles morts. À cet égard, la notion de *care* est particulièrement pertinente en ce qu'elle permet de penser la diversité : diversité dans les formes

d'attentions portées et leur nature, mais aussi diversité dans les bénéficiaires envisageables de cette attention. Le *care* offre aussi la possibilité de mettre en lumière, à partir de cas concrets, des difficultés pratiques (Ibos, 2019) et d'en montrer la complexité. La recherche de l'attention portée à autrui ou de l'absence d'attention pourra fonder une critique du modèle en vigueur et, par là même, offrir une occasion de repenser les modes d'action publique en faveur de plus de *care* (Ibos, 2019). C'est à l'appui des bénéfices énoncés d'une étude par le *care* que la présente contribution entend sonder d'un point de vue juridique la place du *care* dans les dispositifs de collecte et d'analyse des données. À ce sujet, nous dressons ici un constat ambivalent : si des arguments ancrés dans le *care* ont largement justifié une collecte sans précédent de données numérisées en santé (I), le *care* et ses bénéfices semblent toutefois avoir été tantôt évacués tantôt surévalués, ceci ayant créé des angles morts indéniables dans la mise en place des dispositifs de collecte des données (II).

## I. UN *CARE* AFFICHÉ, JUSTIFIANT UNE COLLECTE SANS PRÉCÉDENT DE DONNÉES

Très tôt dans la crise sanitaire, le gouvernement français a mis en place de larges collectes de données de santé, lesquelles ont été conservées de manière centralisée au niveau national afin d'assurer le suivi médical des personnes dépistées, celui de leurs proches et aujourd'hui celui des personnes vaccinées. À ces collectes précises s'est ajoutée une remontée nationale de toutes les données en lien avec le COVID, qu'il s'agisse de données des appels passés auprès des services d'urgences, d'enquêtes réalisées auprès de la population ou encore de données de

soins. Dans cette perspective, l'on peut affirmer qu'aucune donnée de santé numérisée, et plus largement qu'aucune donnée personnelle relative à un individu dépisté, n'aura échappé à cette collecte, fait sans précédent en France. Cette situation a été largement justifiée par des impératifs ancrés dans la notion de *care*. Ainsi, c'est au nom du *care*, de cette attention portée à autrui, que les données ont pu être collectées, parfois même sans le consentement des intéressés (A); ou plutôt, c'est au nom d'une certaine vision de cette notion de *care* que les collectes ont eu lieu (B).

### 1.1 Une collecte sans précédent de données numériques mise en œuvre au nom du *care*

Il serait erroné de penser que le *care*, cette attention portée à l'autre, n'a pas eu sa place dans les dispositifs de collecte des données personnelles et en particulier des données de santé. En effet, collecter les données de santé des malades, mais aussi de leurs proches, se fait, bien entendu, avec la volonté de protéger la santé des populations et donc celle d'autrui. Dans cette perspective, l'Assurance maladie énonce sur son site internet que :

L'objectif [de la collecte des données] est double. Au niveau individuel, il s'agit de protéger chaque personne malade et ses proches ; au niveau collectif, l'enjeu est de bloquer les chaînes de contamination et de stopper l'épidémie. Recenser et isoler très vite toutes les personnes malades et leurs contacts rapprochés est d'autant plus indispensable qu'une partie des personnes infectées par le virus ne présente pas de symptômes et ignore donc qu'elle est

malade et qu'elle peut potentiellement contaminer à son tour l'entourage.

À l'appui de cette stratégie, deux outils numériques sont mis à la disposition des acteurs de la lutte contre la propagation du virus :

- le téléservice « Contact Covid » pour l'identification et la prise en charge des personnes malades et des personnes contacts,
- « SI-DEP » (système d'information de dépistage), nécessaire à la sécurisation du dispositif par l'enregistrement systématique des résultats des tests pratiqués par l'ensemble des laboratoires et structures autorisés à réaliser le diagnostic de Covid-19 (laboratoires hospitaliers, laboratoires de biologie médicale de ville, laboratoires vétérinaires agréés, etc.). (Assurance Maladie, 2021)

Ces deux systèmes d'information ont centralisé des données collectées auprès des personnes porteuses du virus ou ayant été en contact avec un patient 0, y compris des données plus diverses sur leur mode d'hébergement, leurs déplacements, les emplois exercés, etc. Ces données ont permis d'informer des cas contacts potentiels, de prendre en charge les malades et d'assurer leur suivi thérapeutique. En effet, lorsqu'il est indiqué comme positif au sein du SI-DEP, le patient est contacté par les personnes chargées d'enrichir et de mettre à jour « Contact Covid » afin d'y faire figurer les noms et les coordonnées des personnes croisées et à risque d'être contaminées, et d'assurer leur prise en charge. Par conséquent, c'est bien le *care*, cette attention portée à autrui, qui a présidé à l'organisation d'une remontée nationale des données.

D'un point de vue juridique, cette mise en avant du *care* est nécessaire car elle permet de justifier légalement la collecte de données personnelles de santé. En effet, le droit positif interdit par principe la collecte de données personnelles de santé, reconnaissant leur caractère sensible. En ce sens, l'article 9 (1) du Règlement général de protection des données (RGPD) indique que «le traitement des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique» est interdit. Le considérant 41 du Règlement justifie cette position et précise que «les données à caractère personnel qui sont, par nature, particulièrement sensibles du point de vue des libertés et des droits fondamentaux méritent une protection spécifique, car le contexte dans lequel elles sont traitées pourrait engendrer des risques importants pour ces libertés et droits». Pour passer outre cette interdiction, il faut alors prouver qu'un motif supérieur impose la collecte et le traitement de ces données. Ces motifs sont énumérés par le RGPD et comprennent la nécessité de traiter des données «pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique, tels que la protection contre les menaces transfrontalières graves pesant sur la santé, ou aux fins de garantir des normes élevées de qualité et de sécurité des soins de santé et des médicaments ou des dispositifs médicaux [...]» (article 9 (i) RGPD). Par conséquent, le *care* dans son aspect de protection de la santé des individus et de la population, légitime la collecte de données de santé, collecte effectuée pour lutter contre l'épidémie et mise en œuvre sans le consentement des individus. Ces motifs, ancrés dans le *care*, permettent de limiter les droits des personnes dont les données sont

collectées. En effet, l'absence de consentement à la collecte est confortée par le fait que les individus ne disposent pas du droit de s'opposer aux traitements des données ni de demander l'effacement de ces dernières<sup>1</sup>. Ici encore, c'est un motif impérieux de santé publique qui permet de limiter ces droits pourtant reconnus par le RGPD.

Le *care* se trouve aussi être la justification à la conservation de ces données à l'issu du délai prévu initialement, à savoir pour la durée de l'état d'urgence sanitaire, pour une partie des données, et jusqu'à six mois après la fin de l'état d'urgence sanitaire, pour les données des systèmes d'information « Contact Covid » et « SI-DEP ». Sur ce point, l'article 7 d'un projet de décret relatif au Système national des données de santé (2020) propose de verser ces données dans le Système national des données de santé, et donc de les conserver de manière pérenne au-delà de l'état d'urgence sanitaire à des fins de recherche en santé publique, toujours en raison d'impératifs de protection de la santé.

Par ailleurs, c'est également à l'aune du *care* qu'il est proposé d'évaluer le déploiement de ces collectes numériques de données. Le Comité de contrôle et de liaison Covid-19, créé par l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 relative à l'état d'urgence sanitaire et chargé d'évaluer la pertinence des outils numériques utilisés dans la lutte contre le COVID, propose de retenir comme critère d'évaluation les capacités de systèmes d'information (SI) et de leurs usages à casser les chaînes de transmission du virus, à protéger

---

1. À l'exception du droit de s'opposer au versement des données dans la Plateforme nationale des données de santé, lesquelles seront utilisées à des fins de recherche. Cette plateforme permet de mettre à disposition techniquement les données rassemblées dans le Système national des données de santé.

les personnes non infectées par le virus et à protéger les établissements de santé contre les vagues de transmissions (CCL-Covid 19, juillet 2020, p. 15). Dans un avis de septembre 2020, le Comité précise les critères nommés « indicateurs » qui pourraient fonder l'évaluation des SI :

- Maintien des services de santé habituels en sécurisant les parcours de soins ;
- Capacité à détecter et casser les chaînes de transmission ;
- Capacité à minimiser les décès et les complications graves ;
- Réduction des COVID-19 acquis à l'hôpital et plus largement dans le système de santé ;
- Soutien (y compris financier) aux particuliers et aux entreprises ;
- Entretien des chaînes d'approvisionnement alimentaire et médical ;
- Protection et soutien des populations vulnérables .(CCL-Covid 19, septembre 2020, p. 9)

Sur ces sept indicateurs, pas moins de six visent le *care*, le 7<sup>e</sup> s'attachant à un *care* que l'on pourrait qualifier d'économique, bien qu'il soit probablement plus large dans son champ, et qui tend au soutien des particuliers et des entreprises pris dans la tourmente économique de la crise.

Le *care* a donc justifié la collecte des données de santé des Français tant dans son ampleur sans précédent que dans ses modalités, voire, à l'avenir, dans son évaluation. Mais quelle est la nature du *care* en présence ?

## 1.2 *Le care/cure et le care/privacy*

Le *care*, la justification centrale à la collecte des données, doit encore être précisé, qualifié et décrit. En effet, quelle est ici la nature de « l'attention portée à autrui » ? Il s'agit d'une attention qui cherche à protéger la santé, la promouvoir et à trouver des solutions thérapeutiques. Aussi, il s'agit d'un *care* empreint de *cure*, notion visant précisément la prise en charge médicale des patients. Il convient de noter que le *care/cure* n'est pas spécifique à la collecte des données dans le cadre de la lutte contre le COVID-19. On peut le retrouver comme justification à la collecte en grand nombre des données de santé en général. Par exemple, c'est le *care/cure* qui est avancé dans la collecte des données génétiques du plan France médecine génomique 2025, dont l'intitulé même témoigne de cette volonté d'aboutir à un soin pour les malades. Toutefois, la mise en avant actuelle du *care/cure* combinée à l'urgence de la situation sanitaire aura conduit à accélérer le mouvement de collecte à grande échelle des données de santé lancé au niveau national dès 2016 avec la loi de modernisation de notre système de santé. À cet égard, tandis qu'à l'aube de la pandémie cette centralisation des données, mise en œuvre au sein de la Plateforme nationale des données de santé, ne concernait que certaines bases de données bien délimitées et un catalogue de données plus hétérogènes, la collecte concernant le COVID est, elle, beaucoup plus large dans son périmètre, ne laissant aucune donnée, qu'elle soit de diagnostic, de soin ou encore relative à l'environnement du malade, de côté.

Ce *care/cure* n'a pas totalement éclipsé le besoin de protéger les droits et libertés des personnes dont les données ont été et sont collectées. Néanmoins, le *care* au profit de

la vie privée, que je nommerai par pure commodité ici *care/privacy*, se manifeste plus particulièrement lorsqu'il s'agit de l'utilisation de données personnelles pour la recherche et dans le domaine du *contact tracing*. Du côté de la recherche, les dispositifs juridiques édictés permettent aux individus de s'opposer au versement de leurs données au sein de la Plateforme nationale des données de santé et à en demander l'effacement des catalogues. Par ailleurs, l'arrêté du 21 avril 2020 fixant les modalités de centralisation et d'accès aux données sur la plateforme indique que

les données ne peuvent être traitées que sur la plateforme technologique du groupement d'intérêt public et sur la plateforme de la Caisse nationale de l'assurance maladie, et ne peuvent pas en être extraites. Au sein de ces plateformes, les données [...] ne peuvent contenir ni les noms et prénoms des personnes, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, ni leur adresse.

Dans ce cadre, les données ne sont pas directement identifiantes et ne peuvent être extraites. Ces éléments doivent conduire à protéger la vie privée des malades et de leurs familles. Du côté du *contact tracing*, c'est aussi la volonté de protéger la vie privée des personnes qui a conduit à s'opposer à la collecte de données directement identifiantes dans le cadre du déploiement numérique de l'application StopCovid, depuis renommée TousAntiCovid. En effet, du fait des débats médiatique et politique ayant fait suite à la création de l'application, les seules données conservées par le serveur central sont les pseudonymes des utilisateurs, et cela, afin d'assurer leur information. Le *care* dans sa déclinaison « protection de la vie privée »

est néanmoins d'un champ limité, ne portant que sur le rejet d'un accès à des données identifiantes par des chercheurs et pour le *tracing* sur téléphone. Par ailleurs, compte tenu du *care/cure*, il ne permet pas aux individus de s'opposer aux traitements de leurs données dans les autres cas présentés.

Le *care/cure* et le *care/privacy*, l'un nécessitant la collecte de données personnelles, l'autre cherchant à la limiter, auraient pu être davantage conciliés par la mise en œuvre effective d'un autre droit dont disposent les personnes dont les données sont collectées : le droit d'être informé. Les dispositions juridiques instituant les collectes de données pour lutter contre le SARS-Cov2 laissent une place à cette information. Les articles 6 et 12 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 créant le SI-DEP et « Contact Covid » indiquent que la personne doit être informée des modalités du traitement de ses données ainsi que des droits dont elle dispose. Le décret précise qu'une telle information est également disponible sur le site internet de l'assurance maladie et sur celui du ministère des Solidarités et de la Santé. Enfin, l'article 4 du décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 relatif au SI « Vaccin Covid » prévoit, lui aussi, l'information des personnes dont les données seront collectées. L'information concernant les recherches effectuées sur les données *via* la Plateforme nationale des données de santé, aussi nommée *Health Data Hub*, est, quant à elle, accessible sur le site internet du *Hub*, lequel tient à jour un répertoire des recherches effectuées sur les données. Toutefois, en dehors de la publication d'information sur la collecte prévue sur les sites internet mentionnés, rien n'est dit des modalités individuelles d'informations des personnes. Ainsi, qu'en est-il en pratique de l'effectivité de l'information offerte et

de la visibilité pour le citoyen des pages internet à visiter? La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), qui a effectué de premiers contrôles sur la mise en œuvre des systèmes d'information de juin à août 2020, note à propos du SI «Contact Covid» que

dans le cadre des vérifications effectuées auprès d'un établissement de santé, il est apparu que les informations délivrées aux «patients 0» et aux «cas contacts» sur les traitements (finalité, durée de conservation des données, destinataires des informations, etc.) sont parfois parcellaires, en l'absence de remise d'un support d'information délivré par la CNAM [Caisse nationale d'assurance maladie]. Or, une information incomplète ne permet pas aux «patients 0» et aux «cas contacts» de prendre pleinement connaissance du traitement qui est opéré sur leurs données et des droits qu'ils détiennent à cet égard (droit d'accès ou d'opposition le cas échéant). (CNIL, 2020, p. 12-13)

Il est probable que cette situation soit loin d'être anecdotique et concerne de nombreux établissements. Par ailleurs, une information à rechercher sur un site internet est-elle suffisante pour considérer que les individus sont informés? Sur ce sujet, la CNIL concède que bien qu'une information individuelle des personnes soit préférable, l'on peut y déroger comme le prévoit le RGPD en raison de l'urgence de la situation sanitaire. Cependant, la seule information présente sur un site internet ne nous semble pas suffisante, car il existe de nombreux freins pour accéder avec en tout premier lieu la nécessaire connaissance de l'existence même du site en question. Eu égard aux critiques de la CNIL, la CNAM et le Conseil national de l'Ordre des médecins ont depuis choisi de sensibiliser

les médecins et les pharmaciens sur les informations à fournir aux personnes se faisant dépister, et cela, par l'intermédiaire de deux articles publiés sur Internet, tandis que des affichettes d'information seront, elles, fournies aux établissements de santé (CNIL, 2021, pt 62 et 63). Nous ne pouvons qu'approuver ces mesures.

La collecte publique de données de santé dans le cadre de la lutte contre l'épidémie est donc fortement ancrée dans un *care* à visée curative et préventive et, dans une moindre mesure, dans un *care* que nous nommerons « *privacy* » qui soutient une certaine volonté de protéger la vie privée des individus. Cependant, sa mise en œuvre pratique met en lumière certains angles morts, tels que l'information individuelle des personnes sur la collecte de leurs données. À ce constat s'en ajoute un second : le *care* semble tantôt avoir été évacué au profit d'autres logiques, ce qui a laissé des impensés dans cette collecte sans précédent de données, et il semble tantôt avoir été surévalué, ce qui a conduit à une collecte massive de données sans que l'on parvienne pour autant aux bénéfices attendus.

## 2. UN *CARE* TANTÔT ÉVACUÉ, TANTÔT SURÉVALUÉ, DANS LE CADRE DE LA COLLECTE SANS PRÉCÉDENT DE DONNÉES

Une certaine acception du *care* a donc justifié la mise en place d'une collecte et d'une centralisation sans précédent en France. Le *care* est-il pour autant pensé à toutes les étapes de la collecte et du traitement des données ? À l'analyse, le *care/cure* et le *care/privacy* semblent avoir été, selon les questions abordées, parfois évacués au profit d'autres logiques. Plus précisément, lorsque les questions posées par la collecte des données ont été formulées selon

des termes techniques, alors le *care* apparaît absent (A). À l'opposé, le *care*, l'attention portée à autrui grâce à la collecte des données, paraît dans d'autres situations surévalué, l'attention n'étant dès lors pas portée à tous mais à certains, avec des résultats encore en demi-teinte (B).

## 2.1 Le *care* évacué au profit de logiques présentées comme techniques

Le *care*, pourtant mis en avant par les pouvoirs publics, est absent, évacué au profit d'autres logiques lorsqu'il s'agit de certains aspects du traitement des données personnelles. En effet, le *care* semble impensé, voire impensable, quand les questions sont exprimées dans des termes autres que sanitaires. C'est le cas des modalités d'hébergement des données collectées, des modalités qui ont été présentées comme relevant d'une dimension technique et dont on n'a pas examiné les conséquences dans d'autres champs. La question suivante était avancée : comment, techniquement, centraliser et conserver un nombre très important de données numérisées, le *Health Data Hub* n'ayant pas les moyens informatiques de le faire ?

Le droit français impose, s'il faut déléguer cet hébergement, qu'il soit effectué par un prestataire disposant d'un certificat de conformité spécifique pour l'hébergement des données de santé afin de démontrer que les services proposés offriront toutes les garanties de protection pour des données si sensibles (Article L.1111-8 du Code de la santé publique). Pour répondre à la question posée, il fallait donc sélectionner un hébergeur certifié pour l'hébergement des données de santé. Le choix du ministère des Solidarités et de la Santé et du *Health Data Hub*

s'est porté vers l'entreprise américaine Microsoft, avec laquelle des discussions avaient déjà été engagées avant la crise sanitaire. Le problème technique était donc résolu, d'autant que le droit français ne s'oppose pas à ce qu'une entreprise étrangère héberge de telles données. Toutefois, des critiques ayant rapidement vu le jour ont contesté ce choix et regretté précisément cette formulation purement technique du problème d'hébergement des données. La sélection d'un géant américain du numérique pour héberger des données personnelles sensibles a été mal reçue. De surcroît, le constat que les données seraient hébergées hors de France – Microsoft n'ayant pas les capacités techniques suffisantes en France pour héberger un nombre si important de données – a pu faire craindre une perte de contrôle. En effet, les données doivent être transmises dans les serveurs de l'entreprise situés aux Pays-Bas et, pour certaines données, en Irlande, voire encore aux États-Unis pour les données de gestion de l'hébergement. Le risque est que des données puissent être consultées et récupérées par l'État américain, mais aussi que l'entreprise elle-même accède aux données afin de créer des services numériques en santé. Sur ce dernier point, l'entreprise est tenue contractuellement et légalement de ne pas faire usage des données et de se borner à les héberger. Les inquiétudes vis-à-vis d'un accès par un État tiers aux données semblaient, en revanche, fondées, suffisamment en tout cas pour conduire des associations à saisir le juge administratif d'un recours en référé, procédure d'urgence, et demander la suspension de la centralisation des données (CE n°444514, sept. 2020 et CE n° 444937, oct. 2020). Avançant la nécessité d'avoir une souveraineté numérique sur les données de santé des Français, la demande se fonde sur un arrêt récent de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) qui

avait invalidé les clauses contractuelles types formulées par la Commission européenne pour l'échange de données entre les États-Unis (EUA) et l'UE (CJUE, 2020, *Schrems II*). Le raisonnement de la CJUE était le suivant : les données envoyées aux EUA peuvent être consultées par les agences fédérales américaines dans le cadre de procédures d'enquête, sans que les personnes dont les données sont consultées disposent d'un droit d'opposition actionnable devant un juge. Ainsi, en l'absence de voies de recours effectives pour les citoyens européens, les EUA ne disposent pas de garanties suffisantes de la vie privée et tout accord-cadre ou toute clause contractuelle type ne peut être utilisé pour de tels transferts, lesquels doivent être négociés un par un. Forts de cette décision, les demandeurs devant le Conseil d'État (CE) soulignent les dangers de confier à une entreprise américaine les données de santé des Français. Toutefois, le CE ne fait pas droit à cette demande, indiquant ne pas disposer de pouvoirs suffisants pour faire cesser la centralisation des données lorsqu'il est saisi en référé. Le CE poursuit en indiquant que la crise sanitaire actuelle justifie de trouver une solution technique rapide pour le traitement des données de santé à des fins de recherche. Le CE note également que les risques d'accès par les autorités américaines aux données de santé sont hypothétiques, rien n'indiquant qu'il existe un intérêt particulier de ces dernières à accéder à de telles données. Par ailleurs, le CE indique que l'entreprise s'est engagée à ne pas transférer de données sur le sol américain. Aussi, les risques seraient limités alors que les bénéfices attendus par un tel hébergement sont, eux, bien réels. Par conséquent, l'hébergement par Microsoft a été validé. Toutefois, en réaction à la polémique, le ministre des Solidarités et de la Santé a indiqué laisser deux ans à ses services pour

conclure un contrat avec un autre hébergeur de données de santé.

Que faut-il retenir de cette affaire? Il faut retenir que la question de l'hébergement des données de santé a été strictement traitée comme un problème technique, sans égard pour le *care*. La préoccupation pour autrui, dans son versant de protection de la vie privée (*care/privacy*), n'a pas été intégrée à la prise de décision. Même la préservation de la santé, le *care/cure*, est restée de l'ordre d'une préoccupation implicite. Pire, on a pu avoir le sentiment d'un « *I don't care* » : je ne m'en soucie pas. La cheffe de projet et directrice du *Health Data Hub*, madame Stéphanie Combes avait, en décembre 2019, commenté en des termes éclairants le choix de retenir Microsoft : « nous avons besoin d'une plateforme à l'état de l'art, et ce n'est pas le rôle du ministère des solidarités et de la santé de la construire », « nous étions conscients que ce n'est pas un choix idéal et potentiellement polémique. On aurait préféré un acteur français ». Microsoft était alors « le seul capable de répondre à nos demandes », la directrice concédant que l'« on a préféré aller vite pour ne pas prendre de retard et pénaliser la France par rapport aux autres pays ». En effet, l'existence d'autres options que Microsoft aurait conduit à lancer une procédure d'appel de marché alors plus longue. La directrice conclut en prenant une formulation purement technique « [Microsoft] Azure n'est qu'une brique technologique parmi d'autres » (Caravagna, 2019).

On le comprend, c'est la nécessité d'avancer rapidement sur le chantier de l'hébergement des données de santé, sans être ralenti par quelque procédure, qui a conduit à se tourner vers Microsoft, la pandémie ayant créé un climat propice à l'absence de réflexivité. En fait « d'attention à

autrui », ce n'est pas d'une logique de *care*, mais bien de concurrence et d'alignement sur d'autres, dont les attentes et les actes focalisent l'attention, qu'il est question. L'idée est d'éviter que la France ne prenne du retard dans la mise à disposition des données de santé, sans que l'on comprenne précisément en quoi un retard aurait été pénalisant pour les patients français. Au détour de cette présentation, le prisme de la question « technologique » montre ainsi ses limites et l'on comprend que le choix de sélectionner l'entreprise Microsoft correspond également à des visées stratégiques : « être le premier État à » ou ne pas perdre de temps sur ses voisins.

La formulation technique d'une problématique, comme celle de l'hébergement des données, conduit à évacuer le *care*, la réponse à la question posée ne pouvant alors être que technique elle aussi. Pourtant, porter de l'attention à autrui aurait dû conduire à s'intéresser aux conséquences de ces modalités techniques d'hébergement des données pour les individus. L'arrêt du Conseil d'État met en avant des conséquences positives, l'hébergement rapide par Microsoft permettant de lancer très tôt des projets de recherche sur les données. Un tel argumentaire fait donc resurgir l'option du *care/cure*. Pourtant, c'est le registre de la protection de la vie privée (*care/privacy*) qui a cristallisé les inquiétudes car il demeurerait négligé, voire évacué, par les décideurs publics.

Si le *care* est parfois évacué, il est aussi parfois surévalué dans son aspect « *cure* ». Servant de justification à une collecte, une centralisation et un partage sans précédent des données de santé, il est peu mis à l'épreuve sur le plan de ses conséquences pratiques bénéfiques. Mettre en avant le *care/cure* a conduit à tenir pour acquises les

avancées promises grâce aux traitements des données et à invisibiliser de potentielles critiques.

## 2.2 Un *care* surévalué, invisibilisant la critique

La collecte massive de données de santé a conduit à la création de différents systèmes d'information, mais aussi à celle d'un catalogue de données sur le COVID, accessible pour des recherches scientifiques. Cette collecte et les usages potentiels des données ont été présentés de manière très positive, les termes « dispositifs centraux à la gestion de l'épidémie » ayant été souvent utilisés. Il est indéniable que les SI DEP et « Contact Covid » ont permis de suivre l'épidémie, d'assurer la prise en charge des patients et de leurs proches. Toutefois, le discours n'a-t-il pas été excessivement prometteur ? N'a-t-on pas suggéré que la collecte des données allait résoudre de nombreux aspects de la crise ? N'a-t-on pas laissé penser que les données allaient rapidement lever le voile sur les inconnues liées au virus ? À titre d'illustration, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, indiquait le 8 mai 2020 à propos des différents systèmes d'information : « Si on n'a pas de tracing, on n'a pas de déconfinement. » (Nieto, 2020). Dans cette vision, la collecte des données devait fournir un moyen de suivre la propagation du virus, de la limiter afin d'anticiper une reprise des activités économiques et sociales. Pourtant, les collectes de données n'auront pas empêché un second confinement et un couvre-feu à 18 heures (ce qui est le cas à l'heure où ces lignes sont écrites). Joël Coste note en décembre 2020 que la pandémie actuelle

offrait des opportunités d'utilisation des big data. Toutefois, huit mois après son commencement,

les données massives et l'IA [l'intelligence artificielle] n'ont apporté ni connaissance pertinente ni dispositif efficient pour la gestion de la crise, et les données n'ont éclairé la décision que dans la mesure où elles avaient été recueillies dans cet objectif et pouvaient être traitées rapidement. En France, c'est plutôt l'absence de données disponibles (sur l'origine géographique des sujets, l'activité des médecins généralistes, l'activité du secteur médico-social...) et l'impossibilité d'un traitement rapide de certaines d'entre elles (les causes médicales de décès, un problème déjà souligné en 2003) qui ont été constatées, une nouvelle fois, lors de cette crise. (Coste, 2020, p. 22)

L'auteur souligne ici que les données collectées ne sont pas exhaustives, ce qui se révèle pénalisant, nous y reviendrons, mais également que le manque de moyens techniques et humains pour traiter une telle masse de données a été un frein à leur analyse.

Par ailleurs, certaines prédictions faites à l'appui de traitements de données auraient probablement pu être formulées sans une collecte si massive de données personnelles. À titre d'illustration, nous pensons ici à l'un des rares travaux maintenant publiés, une étude américaine qui a analysé des données de géolocalisation, des données démographiques ainsi que des données d'épidémiologie. Cette étude a conclu que les lieux clos où les individus se rassemblent pendant une longue période sont plus susceptibles d'être des lieux où le virus circule activement. L'étude cite alors les restaurants, les cafés, les salles de sport ou les commerces accueillant du public dans un espace exigü. L'étude conclut que les mesures de confinements permettent, elles, de ralentir la

circulation du virus (Abate, 2020). Les données personnelles étaient-elles ici nécessaires? Elles permettent très certainement de confirmer des analyses déjà largement partagées par le sens commun, à savoir que lorsque des individus se côtoient un certain temps dans un lieu clos, ils peuvent se contaminer. *A fortiori*, nous savions d'ores et déjà que tous les lieux clos où les individus sont amenés à baisser leurs masques ou à expirer avec force favorisent la circulation active du virus. L'outil de prédiction développé par l'Université de Stanford permet toutefois de modéliser la circulation du virus en fonction de l'occupation d'un lieu plus finement en concluant que limiter à 20 % l'occupation d'un commerce permet toujours à ce dernier d'accueillir 60 % des visiteurs normalement attendus en réduisant de 18 % les risques de transmission du virus. Nous sommes cependant encore loin d'apporter, grâce aux traitements des données personnelles, des réponses novatrices pour la présente crise. Le *care/cure* visé par les mesures de collectes des données n'est ainsi que très partiellement atteint. De fait, les travaux décrits permettent de répondre à d'autres préoccupations que le *care/cure*, à savoir sous quelles conditions reprendre nos activités sociales. L'attention est bien portée à autrui et, plus particulièrement, aux moyens de maintenir un lien social. Ainsi, nous serions en présence d'un *care* que je qualifierais de *social*. Le *care/social* participe d'un *care/cure* en ce que maintenir des activités ou un lien social contribue à la protection de la santé, notamment mentale. Toutefois, le *care/social* n'est pas animé principalement par le *care/cure*, il peut même être limité par ce dernier comme en témoigne l'exemple des confinements<sup>2</sup>.

---

2. Je remercie Sonia Desmoulin pour nos échanges au sujet de cet article et pour ses commentaires notamment sur ce point en particulier.

De plus, la logique conduisant à fonder une réponse sanitaire quasi exclusivement sur la collecte de données personnelles pousse à invisibiliser d'autres stratégies pourtant tout aussi prometteuses. À titre d'illustration, rappelons que nombreuses ont été les recherches en France et à l'étranger pour développer des tests de détection fiables du virus dans les eaux usées. Il s'agit alors de cibler précisément, grâce à ces relevés, les quartiers ou les villes où le virus circule activement. Dès juillet 2020, l'Académie nationale de médecine notait à ce sujet que « l'analyse microbiologique des eaux usées peut jouer un rôle stratégique dans la surveillance prospective et régulière de la circulation du virus » (ANM, 2020). Par conséquent, le *care/privacy* devrait conduire à combiner ce type de collectes de données non personnelles aux collectes de données classiques, voire, lorsque cela est pertinent, à les privilégier. Elles ont notamment l'avantage d'offrir une vision fine de la circulation du virus dans un quartier lorsque des tests de dépistage individuels ne sont pas accessibles. En janvier 2021, l'usage de telles techniques de détection du virus dans les eaux usées tend à s'intensifier en France, mais, à la différence du recueil des données personnelles, les données collectées ne font pas l'objet d'une remontée nationale centralisée en dehors du consortium de recherche Obépine (OBServatoire ÉPIdémiologique daNs les Eaux usées), lequel organise des tests dans 30 stations d'épuration.

La collecte de données personnelles a été présentée comme nécessaire, mais nécessaire pour qui ? Qui sont les bénéficiaires du *care*, de cette attention portée à autrui qui commande de collecter des données personnelles sans le consentement des intéressés ? Il semble qu'il s'agisse des patients « classiques » s'inscrivant déjà dans les parcours

balisés par l'offre de soin en France. À l'inverse, pour les personnes éloignées des parcours de soins traditionnels, il a été jugé que les systèmes d'information n'étaient pas adaptés, mal conçus pour leur prise en charge médicale. Le Comité de contrôle et de liaison Covid-19 (CCL-Covid) relève ainsi que « les SI ont été conçus au regard d'un usager "classique" ou "normé" du système de santé et au regard d'un parcours de soins "idéal" » alors que certains usagers n'ont pas de médecin traitant ou se trouvent « en situation d'exclusion ou de précarité [et] nécessitent des adaptations du processus informationnel ». Le comité poursuit en indiquant qu'une « part significative (jusqu'à 30 % sur certains territoires) des usagers du système de santé n'ont pas de médecin traitant ». Aussi le CCL-Covid suggère-t-il de réaménager le « dispositif "Tester, tracer, isoler" » afin de permettre le suivi médical du patient (CCL-Covid-19, 2020-2). Partant, nous pourrions imaginer un espace dans les SI où ces situations qui restent invisibilisées seraient mises en lumière, et cela, afin d'engager leur gestion individualisée.

Par ailleurs, le manque d'exhaustivité ou de pertinence des données collectées ne permet pas d'atteindre les objectifs universalistes annoncés. Un éditorial publié avec grand bruit dans la revue *The Lancet* en octobre 2020 éclaire ce constat. Il souligne que « s'intéresser exclusivement au système de soin est une erreur. La santé est le fruit d'un ensemble plus large comprenant la qualité de l'éducation (allant du primaire au tertiaire), la croissance économique, l'égalité des genres et les politiques migratoires<sup>3</sup> ». Les auteurs poursuivent : « Le COVID-19

---

3. « An exclusive focus on health care is a mistake. Health is created from a broader prospectus that includes the quality of education

est un syndrome d'infection à coronavirus combiné à une épidémie de maladies non transmissibles, les deux interagissant sur un substrat social de pauvreté et d'inégalité» (The Lancet, 2020). Toujours dans la même publication, un autre éditorial critique la posture prise par la majorité des États à savoir de traiter exclusivement la crise en présence comme une épidémie virale, traitement ayant conduit à s'intéresser principalement à la propagation du virus. L'éditorial soustrait au terme «épidémie» celui de «systémies», lequel est caractérisé par «des interactions biologiques et sociales entre des conditions et des états, interactions qui augmentent la susceptibilité d'une personne à subir des dommages ou aggravent ses résultats en matière de santé<sup>4</sup>» (The Lancet, 2020-2). Dans cette vision, suivre strictement la propagation du virus, à l'appui de la collecte de données personnelles, semble vain, à défaut de s'intéresser aux interactions et conditions sociales qui elles aussi conditionnent la crise actuelle. Par conséquent, fort de ce constat nous pouvons affirmer que les collectes quasi exclusives de données de santé *stricto sensu* ne sont pas suffisantes pour lutter efficacement contre l'épidémie. D'autres éléments ne faisant pas l'objet de ces collectes de données, comme la pauvreté ou des facteurs d'inégalités divers, pourraient, eux aussi, apporter des informations cruciales y compris sur les chaînes de transmission du virus. Ces informations tout comme des actions sur des registres «non sanitaires» sont évacuées, ce qui conduit à réduire le groupe des bénéficiaires du traitement des données à celles et ceux

---

(primary to tertiary), economic growth, gender equality, and migration policy.»

4. «biological and social interactions between conditions and states, interactions that increase a person's susceptibility to harm or worsen their health outcomes».

qui ne se trouvent pas dans des situations particulières de vulnérabilité, et notamment des situations de vulnérabilité sociale. La collecte des données de santé n'est donc pas la solution miracle pour parvenir à un *care/cure* pour toutes et tous.

Un an après le début de la crise sanitaire, quel bilan tirer de la collecte massive des données de santé en France et de la place accordée au *care* dans les dispositifs juridiques adoptés ? Le *care*, cette attention portée à autrui, a justifié cette collecte massive, centralisée et sans précédent des données de santé. C'est dans le but de protéger la santé des individus et de la population que les diverses collectes ont été menées, ce qui témoignait d'une approche centrée sur le *care/cure*. Des règles limitées de protection de la vie privée des individus lors de ces collectes ont, elles, contribué à nourrir une approche du *care/privacy*, bien que son champ soit restreint. Toutefois, les choix relatifs à la collecte des données personnelles n'ont pas toujours été effectués à l'aune d'une préoccupation pour autrui, certains ayant été faits en mobilisant des arguments exclusivement techniques. Par ailleurs, la mise en avant du *care* a conduit à ne pas remettre en question l'intérêt même de ces collectes et leurs capacités effectives à parvenir à la protection de la santé de la population. En effet, le *care* affiché par les pouvoirs publics a conduit à laisser penser que la collecte de données personnelles était seule pertinente et que des résultats positifs, notamment sur le plan de la recherche, seraient rapidement apportés. Pourtant, force est de constater, à l'heure où ces lignes sont rédigées, qu'un tel objectif n'est pas encore atteint. Dès lors, la place du *care* dans les dispositifs de collecte des données, mais aussi dans leur évaluation, mériterait d'être renforcée.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abate, Tom (2020). « Stanford-led team creates a computer model that can predict how COVID-19 spreads in cities », *Stanford News*, < <https://news.stanford.edu/2020/11/10/computer-model-can-predict-covid-19s-spread/> > (dernier accès le 20/01/21).
- Académie nationale de médecine (2020). « Covid-19: surveillance de la circulation du SARS-Cov-2 dans les eaux usées, indicateur simple de suivi de la pandémie de Covid-19 », *Communiqué du 7 juillet 2020*.
- Assurance Maladie (2021). « “Contact Covid” et “SI-DEP” : des outils numériques au service du dépistage », Ameli.fr. (<https://www.ameli.fr/yvelines/assure/covid-19/tester-alerter-protger-comprendre-la-strategie-pour-stopper-lepidemie/contact-covid-et-si-dep-des-outils-au-service-du-depistage>, dernier accès le 20 janvier 2021).
- Barré-Sinoussi, Françoise (2020). « Audition », *Mission d'information de la conférence des Présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19*, Paris.
- Caravagna, Léo (2019). « Microsoft prestataire du Health Data Hub : un choix “d’opportunité” pour “aller vite” », *Tic Santé*, 27 déc. 2019, <https://www.ticsante.com/story/4937/microsoft-prestataire-du-health-data-hub-un-choix-d-opportunite-pour-aller-vite.html> (dernier accès le 20/01/21).
- Comité de contrôle et de liaison Covid-19 (2020). *Rapport d'activité juillet 2020*, Paris.
- Comité de contrôle et de liaison Covid-19 (2020-2). *Pour un système d'information au service d'une politique cohérente de lutte contre l'épidémie*, Avis du 15 sept. 2020, Paris.
- Commission nationale de l'informatique et des libertés (2020). *Délibération n° 2020-087 du 10 septembre 2020 portant avis public sur les conditions de mise en œuvre des systèmes d'information développés aux fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de COVID-19 (mai à août 2020)*, Paris.
- Commission nationale de l'informatique et des libertés (2021). *Délibération n° 2021-004 du 14 janvier 2021 portant avis public sur les conditions de mise en œuvre des systèmes*

- d'information développés aux fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de COVID-19*, Paris.
- Conseil d'État (sept.2020). n°444514, 21 septembre 2020.
- Conseil d'État (oct. 2020). n° 444937, Association Le Conseil National du Logiciel Libre et autres, ordonnance du 13 oct. 2020.
- Coste, Joël (2020). «Données dites "massives" et santé publique : une mise en perspective historique», *Actualité et dossier en santé publique*, 112, 20-23.
- Cour de Justice de l'Union européenne (2020). *Data Protection Commissioner contre Facebook Ireland Ltd et Maximillian Schrems (Schrems II)*, 16 juillet 2020, aff. C-311/18
- Ibos, Caroline (2019). «Éthiques et politiques du care. Cartographie d'une catégorie critique», *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 1 (49), 181-219.
- Ibos, Caroline, Damamme, Aurélie, Molinier, Pascale *et al.* (2019). «Définition. Care n.m.», 9-9, dans Ibos Caroline, Damamme, Aurélie, Molinier, Pascale *et al.* (dir.) (2019), *Vers une société du care. Une politique de l'attention*, Paris, Le Cavalier Bleu.
- Ibos, Caroline, Damamme, Aurélie, Molinier, Pascale *et al.* (2019-2). «Le travail du care est invisibilisé», 113-118, dans Ibos, Caroline, Damamme, Aurélie, Molinier, Pascale *et al.* (dir.) (2019), *Vers une société du care. Une politique de l'attention*, Paris, Le Cavalier Bleu.
- Laugier, Sandra, et Molinier, Pascale (2009). «Politiques du care», *Multitudes*, 37-38 (2-3), 74-75.
- Legros, Claire (2020). «Le souci de l'autre, un retour de l'éthique du «care»», *Le Monde*, 1/05/20.
- Nieto, Sebastien (2020). «"Contact Covid": cinq minutes pour comprendre ce fichier qui fait polémique», 8 mai 2020, *Le Parisien*.
- The Lancet (2020). «Global health: time for radical change?», *Editorial The Lancet*, 396, 1129.
- The Lancet (2020-2). «Offline: COVID-19 is not a pandemic», *Editorial The Lancet*, 396, 874.



# ***Care* et culture scientifique au Japon**

## **Essai de critique d'une gestion de la communication sur les risques en temps de pandémie**

Anne Gonon

### **INTRODUCTION**

Dès l'apparition du COVID-19, les gouvernements du monde entier n'ont eu de cesse de s'adresser aux populations pour faire le point, plus ou moins quotidiennement, sur l'avancée de la propagation, sur les mesures prises pour tenter de la contrôler et d'éradiquer le virus. Cette communication fait partie de ce qui est communément appelé la gestion des risques, et inclut également la concertation. Mais si, la plupart du temps, cette gestion est envisagée avant la crise – il s'agit de prévenir un danger, en cas d'urgence –, quand le danger est advenu, elle devient problématique pour les autorités. Toutefois, en janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé

soulignait l'importance de communiquer sur les risques et rappelait que: «Dans le cadre d'une action de santé publique face à un événement quelconque, l'une des interventions les plus importantes et les plus efficaces consiste à communiquer en amont ce que l'on sait, ce que l'on ignore et ce que l'on fait pour obtenir davantage d'informations, dans le but de sauver des vies et de limiter les conséquences négatives.» (OMS, 26 janvier 2020)<sup>1</sup> La gestion des pandémies antérieures a révélé l'importance de la «transparence et de l'équité», c'est-à-dire de la dimension éthique qui consiste à créer un environnement de confiance (Giles-Vernick et Craddock, 2010).

Le Japon, soumis à de nombreuses catastrophes dites naturelles, a élaboré un système de gestions des risques qui a été renforcé après la survenue de la triple catastrophe du 11 mars 2011. Dans le document produit par le ministère de l'Éducation nationale (MEXT), qui supervise la gestion des catastrophes, il est mentionné que la confiance vis-à-vis du monde scientifique doit se construire par l'élévation du niveau de *scientific literacy* de la population.

Il existe de nombreuses définitions de cette notion de culture scientifique et technique (*scientific literacy*) qui va au-delà de la simple capacité à lire et à écrire et englobe aussi le savoir et les compétences acquises par l'éducation scientifique (Godin, Gingras, Bourneuf, 1998). Une importance grandissante est accordée à l'appropriation et

---

1. Voir le texte de l'OMS: *Communication sur les risques et participation communautaire (RCCE): Préparation et riposte face au nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV – Lignes directrices provisoires 26 janvier 2020*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330679/9789240000797-fre.pdf>

à la mise en application de ce savoir. On considère qu'une personne détenant ce lettrisme devrait être capable : d'apprécier et de comprendre les répercussions de la science et de la technologie dans la vie quotidienne ; de prendre des décisions informées sur les choses relatives à la science (telles que la santé, l'utilisation des ressources énergétiques) ; de lire et comprendre l'essentiel de l'information scientifique rapportée dans les médias ; de prendre part avec assurance aux discussions générales sur des sujets impliquant les sciences (Laugksch, 2000). Ainsi que l'ont souligné bon nombre des chercheurs, de la culture scientifique dans la vie des adultes dépend la contribution civique au devenir de chaque société, et donc à sa dimension démocratique. Des spécialistes japonais de cette éducation sont attentifs à trouver des outils pour évaluer, chez les adultes, cette culture scientifique. La crise provoquée par le COVID-19 est une excellente occasion pour voir fonctionner ce que le gouvernement japonais lui-même appelait de ses vœux, il y a quelques années, soit une éducation scientifique.

Contrairement à des recherches conduites par des spécialistes de la question, le présent travail ne peut malheureusement se fonder sur des entretiens, mais il porte sur un corpus de déclarations et de témoignages recueillis dans les journaux et à la télévision. Les outils d'évaluation s'attachent habituellement à repérer les discours des individus sur des thèmes scientifiques, mais ne s'intéressent pas au processus que peut déclencher une catastrophe ou un événement de grande ampleur, pas plus qu'ils ne permettent de saisir comment les points de vue s'inscrivent dans une configuration sociale où les autorités publiques ainsi que les experts professionnels jouent également un rôle dans la constitution de ce savoir

scientifique. La crise causée par le COVID-19 nous permet d'explorer cette configuration sociale, afin d'essayer de comprendre si une pandémie qui concerne chacun est favorable à un engagement des individus ainsi qu'à une mise en œuvre de leurs compétences telles que les définit la culture scientifique. Il s'agit dans un premier temps de voir de quelle façon la crise a été gérée sur le plan de la communication sur les risques, et dans un second temps de voir comment les individus ont été impliqués et se sont mobilisés.

## UNE PAROLE OFFICIELLE OPAQUE

Deux caractéristiques se détachent clairement du mode de communication observé au Japon : la parole des experts apparaît confisquée au bénéfice des mesures politiques ; un manque de visibilité des discours critiques a rendu plus opaque la parole officielle.

Au début de la pandémie, la communication au public est venue de sources différentes et pas toujours harmonisées quant au message : les ministres – ministre de la Santé, puis, de plus en plus souvent, ministre de la Reconstruction économique –, les gouverneurs des préfectures, mais aussi le président du comité d'experts, monsieur Omi, ou parfois des médecins appelés à donner des conseils dans les émissions matinales de télévision, avant que ne soient officialisées deux sources principales, soit le gouvernement et le comité des experts.

Les messages contenaient de nombreux termes techniques venus de l'anglais et non traduits (*over sheet*, *cluster*, etc.), ce qui les rendait parfois insaisissables. S'ajoutaient des données statistiques plus ou moins complexes :

statistiques sur l'occupation des lits, divers taux, données sur différentes catégories de malades (malades sans symptômes, présentant des symptômes légers et lourds, qui devaient être accueillis dans des lieux différents etc.). Pour reprendre un titre de discussion en ligne, « même avec un savoir scientifique, on ne comprend pas les distinctions qu'opèrent les spécialistes ».

Outre ce suivi de la progression de la contamination, quelques événements majeurs sont venus rythmer et complexifier la situation, notamment : le 25 mars 2020, le vote de la modification de la Loi sur les nouvelles formes de grippe entrée en vigueur en 2012, qui a pris en considération les caractéristiques du COVID-19 et installé un centre général des mesures gouvernementales ; le 17 avril 2020, le confinement que le premier ministre japonais a annoncé par voie de conférence de presse ; enfin, le projet gouvernemental dit « Go to » (Go to travel, Go to eat) qui, lancé en juillet 2020 pour soutenir l'activité économique des restaurants et des transports, a finalement dû être suspendu le 14 décembre. À côté de cette voix gouvernementale officielle, les experts ont la parole. Ils sont d'abord apparus en première ligne pour décrire le phénomène dont le Japon a pris connaissance avec l'arrivée, le 20 janvier 2020, d'un bateau de croisière (Le Diamond Princess) en provenance de Hong Kong qui transportait des personnes soupçonnées d'être contagieuses, qui restèrent donc bloquées dans le port de Yokohama. Les médecins donnèrent aussitôt les premiers conseils pratiques : port du masque, désinfection minutieuse des mains. Les épidémiologistes du Centre de recherches sur les épidémies, mais aussi les prix Nobel de biologie, prirent la parole jusqu'au moment où, le 7 février, le Comité d'expertise pour les mesures de lutte contre le coronavirus commença

officiellement la publication de ses travaux. Le comité, auquel on a adjoint un comité plus restreint chargé de délibérer, est composé de médecins qui appartiennent soit au milieu de l'épidémiologie, soit au monde médical : virologie, immunologie, médecine clinique. Mais alors que les effets du COVID-19 ne se limitent pas à cela, la gestion de la crise est comprise comme relevant des questions de santé, au sens strict. Ce n'est que bien plus tard que des économistes se joindront au comité. Mais aucune association de patients n'a été sollicitée, ce qui indique que le terme « expert » est interprété dans un sens restreint.

Si l'Association japonaise des médecins a fait état de l'existence de débats entre médecins, le comité des experts parle d'une seule voix, ce qui occulte la nature de ces débats. Il semble que le gouvernement a retenu la leçon de la catastrophe de Fukushima où des discours critiques de spécialistes du nucléaire avaient lancé la controverse sur les faibles doses. Il a donc été décidé que les travaux ne seraient pas publiés contrairement à ce qui se passe dans les commissions de la Diète. Effectivement, on ne trouve qu'un résumé de ces délibérations sur le site du ministère de la Santé et du Travail. Même les médias n'y ont pas accès, ce qui favorise la circulation de multiples rumeurs.

Le discours scientifique unifié se révèle en fait la justification scientifique des décisions politiques. Loin d'argumenter sur les causes de cette propagation, son origine, ou l'état des recherches en cours, les experts renoncent à fournir des preuves de l'efficacité des mesures prises : si le port du masque a pu être facilement demandé par les autorités médicales et finalement peu remis en question, il semble cependant que le monde médical ne puisse certifier que cette mesure protège réellement à la

fois de la contamination et de la propagation si ce n'est sur la base des expériences antérieures d'épidémie de SARS, pas plus que l'on est certain que le déplacement géographique des personnes amplifie la contagion. Certes, c'est l'occasion pour les scientifiques d'utiliser les performances de leur *Super computer* qui va asseoir leur autorité scientifique alors que, comme le déclare le professeur Yamanaka, prix Nobel de médecine, dans la mesure où cette expérience du coronavirus est une première, aucune preuve de l'efficacité des mesures ne peut être avancée. On va donc proposer au public des simulations de déplacement des postillons selon que les individus portent ou non un masque et selon leur disposition dans une pièce<sup>2</sup>. Cela rejoint ce qu'on observe dans toutes les situations de crise –sanitaire, nucléaire ou réchauffement climatique : quand la science ne peut plus certifier certaines vérités, ce sont les choix politiques qui permettent, au nom de la protection et ensuite de la préparation, de répondre aux caractéristiques de ces crises et de s'adresser au public, vu comme des consommateurs.

Une autre incertitude marque le mode de gestion de cette crise : la pratique des tests PCR. L'idée de proposer les tests PCR a fait l'objet de débats internes au milieu médical, mais on est loin des quantités de tests pratiqués par exemple en Europe, ce qui laisse penser que le nombre de personnes porteuses du virus pourrait être beaucoup plus important. Surtout, l'absence de dépistage a conduit à refuser complètement l'accès aux EPHAD depuis le mois de mars 2020. N'émanant pas d'un complot du gouvernement, cette situation serait due à la logique

---

2. Voir les simulations : <https://www.nippon.com/en/news/ntv20201014003/>

de fonctionnement du système adopté<sup>3</sup> : des critères élevés de mise en œuvre des tests PCR avaient été fixés par le ministère de la Santé à partir de l'expérience antérieure de nouvelles formes de grippe et énoncés dans le texte *Maladies contagieuses déterminées*. Respecter ces critères devait conduire à hospitaliser toute personne présentant des symptômes même légers. Craignant un risque de saturation rapide des hôpitaux, le gouvernement a choisi de ne pas pratiquer le contrôle par test à grande échelle, allant à l'encontre de l'opinion des spécialistes. Aux questions sur le faible taux de dépistage, le gouvernement avançait que les tests n'assuraient pas un résultat à 100 %, que certaines personnes testées négatives étaient en fait positives, etc. Étaient avancées les limites de la validité, qui, cependant, ne peuvent justifier dans la logique scientifique de renoncer à pratiquer des tests alors que, quelques mois plus tard, sera menée une campagne de vaccination dont les risques sont plus grands. Mais déjà, sur ce sujet, est lancé un discours raisonnable sur le pouvoir du vaccin, par des épidémiologistes, habituellement très précautionneux en matière de vérification et d'homologation, car ils y voient la seule voie pour sortir de cette crise. Le gouvernement a ainsi adopté deux modèles distincts de gestion : l'un, « le modèle de la contamination », traçant les voies de contamination ; et l'autre, « le modèle des personnes contaminées », demandant aux personnes de contrôler leurs pratiques prophylactiques en attendant le vaccin, et d'éviter les contacts sans pour autant interdire complètement la poursuite des activités économiques (Shirabe, Toriya, Koizumi, 2020).

---

3. La réponse à cette question n'est trouvée qu'en consultant la littérature spécialisée, voire un article paru en juillet 2020.

## QUE FAIRE DANS L'INCERTITUDE ?

Dans l'incertitude ressentie face aux déclarations politiques venues unilatéralement des autorités et face aux publications journalières de chiffres montrant la progression de la contamination et qui créent une pression psychologique, plusieurs attitudes sont possibles, qui reposent la question de la place de la culture scientifique : la confiance ou la résilience qui conduisent à accepter le discours et les mesures de santé, ou la résistance. Les travaux portant sur les épidémies antérieures insistent sur l'importance de la confiance pour transformer les comportements et parvenir à résoudre la crise (Giles-Vernick et Craddock, 2010). Or, si la crise sanitaire est survenue dans un moment de grande méfiance vis-à-vis du gouvernement Abe enlgué dans plusieurs scandales politiques, puis vis-à-vis du gouvernement Suga, ce sont les modes de communication qui ont provoqué des protestations, principalement sur les réseaux sociaux. À la méfiance envers le gouvernement s'ajoutait une méfiance vis-à-vis du comité d'experts, vu de plus en plus comme alignant ses opinions d'experts sur les impératifs du gouvernement, notamment économiques. La catastrophe du Japon de l'Est avait déjà ébranlé l'image d'une science neutre, au service du progrès et de l'amélioration des modes de vie. En outre, il était alors apparu clairement que les discours des spécialistes du nucléaire visaient à minimiser le risque de contamination. Considéré comme la voix scientifique du gouvernement, le comité actuel, en raison de sa composition, n'a pu que concentrer ses actions sur le traitement sanitaire des individus. Par conséquent, on a évacué le fait qu'une vie est aussi insérée dans un contexte social, culturel et que ces multiples aspects sont à prendre en compte pour la penser et la

soigner dignement. Trop se concentrer sur les soins à donner aux personnes contaminées s'est accompagné du risque que la vulnérabilité des autres personnes devienne invisible, ce qui traduisait le renoncement à organiser une véritable politique de santé publique.

Cette opacité univoque a fait naître un sentiment d'angoisse dans la population japonaise, la peur de ne plus comprendre ce qui se passe et d'être simplement balloté au gré des errances d'une politique qui semblait manquer de direction. C'était le sentiment de l'impropriété de soi, pour reprendre la belle expression d'Estelle Ferrarèse (Ferrarèse, 2009, p. 138) Comment intervenir dans sa propre vie : comment évaluer les coûts des choix faits alors que l'accès aux débats, aux enjeux, n'est pas autorisé ?

John Dewey (2014) avance que, dans l'incertitude, celle sur l'issue d'expériences présentées dont on appréhende le développement futur, l'homme est impatient. « La tendance naturelle de l'homme est systématiquement d'agir. » Mais, poursuit-il, « si la prise de conscience que l'action intelligente est la seule ressource ultime du genre humain, nous nous heurtons dans nos pratiques au fait que notre éducation nous a donné des compétences techniques et mécaniques, mais dans le même temps nous a fait séparer ces connaissances de l'action » (Dewey, 2014, p. 241). C'est d'ailleurs ce que constate une enquête menée au Japon : malgré le bon positionnement des élèves japonais dans le classement PISA, l'engagement de ce savoir scientifique dans la vie quotidienne reste limité ; Okamoto en trouve une des causes dans les thèmes traités dans les manuels scolaires, comme étant trop éloignés des situations concrètes (Okamoto, 2018).

Cela est plus visible lorsque, comme dans le cas du COVID-19, aucune connaissance certaine ne peut nous orienter. Il n'est donc pas surprenant que les initiatives collectives soient peu nombreuses, difficiles, voire inexistantes. Les associations déjà constituées relayent les savoirs des scientifiques, comme si les connaissances pluridisciplinaires nécessaires pour s'orienter dans cette pandémie étaient hors de portée. Elles interviennent donc sur le plan du suivi des consignes de sécurité demandées par le gouvernement ou l'OMS. Quelques initiatives locales sont prises pour s'entraider – entre petits commerçants par exemple. De tels engagements restent cantonnés à un soutien local, cette pratique chère au premier ministre – l'auto-assistance (avant la solidarité et l'aide publique) –, qui ne se propose pas de se développer dans une demande politique ou la mise en place de structures parallèles, pour le moment.

Dans cette sorte de paralysie, tout questionnement éthique est remarquable : l'annonce le 19 novembre 2020 du risque de saturation des services de soins et de l'instauration de priorités dans l'accès aux soins, désignée par le terme « triage » par le gouverneur d'Osaka, Hirofumi Yoshimura, a ému des associations de patients. Le terme « triage » peut être défini comme « une série d'opérations pratiques de sélection, d'affectation et d'usage des ressources destinées aux activités de prévention et de soin » (Gaudillière, Izambert et Juven, 2020).

L'Association des patients japonais (JPA) et la Fédération nationale des cancéreux ont interpellé dans deux courriers officiels en date du 25 novembre 2020 le premier ministre pour que ne soient pas oubliées les personnes ayant une maladie, en insistant sur le fait que « toute vie compte à égalité, celle des patients, comme celle des

personnes touchées par le covid-19 dans leur activité économique et sociale, comme celle des personnes qui travaillent dans les centres de soins et de la sécurité sociale<sup>4</sup>». Il y est notamment fait des propositions telles que la demande de mise en place de mesures permettant le suivi des traitements, et celle d'accroître le budget et le personnel soignant. Des médias en ligne ont tenté de développer la question de la priorité dans l'accès aux soins, à partir des exemples observés en Espagne et aux États-Unis et demandé que le gouvernement définisse des directives, même si la population refuse d'envisager cette situation, ou alors de classer le coronavirus comme une forme de grippe avec un suivi médical à domicile<sup>5</sup>. Mais les grands quotidiens n'ont pas relayé un tel débat qui pose de vraies questions auxquelles il est certain que le personnel soignant a déjà été confronté. De fait, ainsi que le mentionne un texte présentant des directives adressées au personnel soignant, le « triage » est au cœur du système de soins, en raison des conditions matérielles et humaines limitées tant par l'ampleur de la pandémie que par la politique de santé publique menée depuis plusieurs années – nombre de lits, nombre d'appareils respiratoires, nombre d'infirmières, système d'accès aux soins, etc. On affirme cependant clairement qu'aucune discrimination ne doit être faite sur la base de « l'âge, du sexe, de la position sociale, de la race ou de l'état de santé<sup>6</sup> ». Le

- 
4. Citée dans la Demande écrite adressée par un ensemble d'associations de patients au Premier ministre Suga, le 25 novembre 2020.
  5. Actuellement le COVID-19 est placé dans les deux catégories de maladies contagieuses (MERS et SARS). S'il était placé dans la catégorie des maladies contagieuses de niveau 5, celle des gripes saisonnières, le traitement serait plus léger.
  6. L'association japonaise du personnel infirmier a publié un texte de considérations éthiques à appliquer dans un contexte de manque de personnel, le 21 avril 2020.

concept de « triage » est appliqué pour améliorer la qualité des soins. Toutefois, dans la réalité quotidienne, les témoignages d'infirmières parlent du dilemme entre ces principes éthiques énoncés justement par l'hôpital et les mesures de lutte contre le COVID-19, auquel elles doivent faire face, seules, en permanence dans la mesure où le nombre de lits pour accueillir les patients est insuffisant.

Tout semble se passer comme s'il y avait devant la pandémie une suspension du politique, ou une dépolitisation, pour s'en remettre uniquement aux autorités. Certes, des facteurs tels que le souci de respecter les distances entre les individus, peut-être le souci de ne pas entraver l'action du gouvernement perdu dans la crise, l'impression que seules des réponses médicales seraient valides sont autant de facteurs explicatifs possibles de cette sorte de suspension qui est cependant dangereuse. On l'a vu, les stratégies gouvernementales en se concentrant sur les personnes contaminées ont pratiqué une forme de triage économique – à la fois en les sélectionnant en amont de l'entrée à l'hôpital pour les orienter en fonction de la gravité dans des lieux d'accueil (domicile, hôtels ou maisons de soin) –, mais qui ne dit pas son nom, soutiennent les auteurs de l'ouvrage *Pandémopolitique*.

On peut cependant dire que la participation des personnes concernées par le traitement de la crise (participation qu'on a désignée sous le terme culture scientifique) a été bloquée par les procédures de gestion du risque scientifique adoptées par le gouvernement. « Quand l'action ne dispose pas de moyens de contrôle des conditions externes, dit encore John Dewey, elle s'apparente à des actes d'ordres rituel et cultuel. » (Dewey, 2014, p. 238) Ce n'est donc pas un hasard si, cette année, bon nombre de Japonais se sont déjà rendus dans les

temples et les sanctuaires pour effectuer les rituels d'accueil de la nouvelle année, ou s'ils sont allés voir le dessin animé au succès inattendu *Demon Slayer – le train de l'infini*, qui met en avant les liens familiaux et personnels, ceux de l'intimité.

## ALLER PLUS LOIN QUE LA COMMUNICATION SUR LES RISQUES – LE CARE COMME APPROCHE

La catastrophe sanitaire présente des caractéristiques objectives apparemment différentes de celles d'une catastrophe nucléaire ou industrielle. Sa gestion, pour ne pas dire son contrôle, est marquée par un plus grand degré d'incertitude, d'inconnu. Certes, les virus des années 2010 avaient permis de mettre en place certaines structures de prévention, y compris pour la population. Dans une moindre mesure, ils avaient aussi permis, comme au Japon, de préparer un cadre de loi offrant les outils pour une intervention nationale rapide. Mais les autorités doivent également affronter un regard critique sur l'efficacité de leur système de santé dans ce contexte de crise auquel se superpose un effondrement du système économique. Et même si des épidémies récentes ont permis d'acquérir une certaine expérience, le savoir sur la nouvelle forme de virus est à construire avec l'évolution de la pandémie. Cependant, loin de la mise en œuvre des « technologies de l'humilité », à savoir l'inconnu, l'incertain, l'ambigu et l'incontrôlable, que met en avant Sheila Jasanoff dans *Science and Public Reason*, les pouvoirs publics ont voulu donner l'impression de maîtriser la situation (Jasanoff, 2012).

La communauté scientifique, elle aussi, légitimée dans sa démarche, se contente d'enseigner aux individus les

bons comportements. Comme uni dans un souci de lutte nationale, le monde scientifique suspend ses controverses publiques et s'unit pour lutter contre le virus. On observe alors une disparition des discours critiques, aussi bien politiques que scientifiques, même si les revues scientifiques peuvent tenter de soutenir d'autres thèses. De tels comportements sont courants dans le monde scientifique qui se présente devant la population, comme mettant un savoir rationnel et objectif au service de l'intérêt national. Le modèle de *communication sur les risques* formulé par le MEXT, en 2012, à la suite de la triple catastrophe de Fukushima ne laisse aucune place à la voix du public; il s'appuie sur un consensus entre gouvernement, industrie et science. Certes, la communication de risque est incluse dans la communication scientifique: pour que celle-ci progresse est requise une collaboration entre les universités et les centres de recherche, à laquelle on ajoute des recherches empiriques fondamentales, une élévation de la culture scientifique, la construction d'un dispositif d'informations et la création d'un lieu d'échanges entre spécialistes et non spécialistes<sup>7</sup>. Mais peu est dit sur la façon dont pourrait être constitué un tel lieu, et il apparaît surtout comme une communication unilatérale qui serait intelligible aux gens ordinaires éduqués à comprendre les enjeux scientifiques.

Les scientifiques font l'expérience des limites d'une communication dite de risque, et, confrontés au problème de leur crédibilité, ils constatent la nécessité de repenser cette notion.

---

7. Selon le schéma proposé dans le rapport sur la Communication sur les risques du MEXT.

En occultant les débats internes au comité des experts, on a empêché l'accès aux différentes options ou tout au moins aux éléments qui pourraient permettre à chacun de prendre ses propres décisions. L'exemple précédent de la catastrophe de Fukushima, comme d'autres avant elle dans le monde, rend compte qu'avec ou sans une formation particulièrement orientée vers les sciences naturelles, des citoyens se sont mobilisés sur des questions très scientifiques. La catastrophe nucléaire avait très tôt fait naître un mouvement citoyen visant à connaître l'aspect technique de l'accident afin d'en contrôler les effets sur les individus et particulièrement les enfants. Dans un premier temps, un dialogue avec des scientifiques proches du gouvernement mais aussi ceux qui avançaient des thèses sur les faibles doses beaucoup plus précautionneuses avait été engagé. Avec le recul, on comprend que la prise de parole publique de scientifiques opposés sur la question des faibles doses avait révélé la dimension politique de certains choix scientifiques. Ainsi, les habitants des zones sinistrées avaient ensuite opté pour une initiative plus radicale consistant à acquérir soi-même les connaissances nécessaires au contrôle de la radioactivité et à proposer un service d'évaluation du taux de radioactivité de la production agricole et des aliments. Ces initiatives ont contraint le gouvernement à traiter la santé des enfants, et à développer, dans une certaine mesure, les évaluations de la contamination radioactive sur les produits agricoles.

L'exemple de la crise dans laquelle nous vivons montre *a contrario* les conditions d'exercice d'une culture scientifique, qui devraient être celles de l'existence d'un espace ouvert d'attention aux autres, de discussions dans lequel les savoirs sont examinés, critiqués, à la lumière de ce qui

est bon pour chacun. Quand le savoir est en gestation comme avec le COVID-19, les experts ne peuvent avoir le monopole de la parole vraie (Lavazza et Farina, 2020). Ceux-ci doivent mettre ces savoirs à la disposition de tous, mais il leur faut pour cela développer de nouvelles compétences, qui soient appropriées à la reconnaissance du rôle que peut jouer le public. À ce titre, la catastrophe de Fukushima offre l'exemple de ce que peut faire une éducation à la science qui est née en réponse à un besoin et s'est constituée, dans un travail collectif, pour offrir un espace de santé et de vie aux victimes.

La pandémie révèle les limites du mode de communication adopté dans un contexte de crise et de risque : d'un côté, au lieu d'expliquer le sens des mesures adoptées, le premier ministre japonais insiste, depuis une position moralisatrice, sur les bons comportements à adopter, en commençant par l'auto-assistance (*self-help*) alors que, par ailleurs, la pandémie a surtout révélé les nombreuses interdépendances dans lesquelles nous vivons, certaines que les études sur le *care* avaient rendues visibles et d'autres que nous avons découvertes. Les soins dont nous avons besoin dépendent de personnes qui exposent leur vie comme infirmiers ou médecins, comme conducteurs de bus, de livreurs, entre autres, ainsi que l'a bien analysé Sandra Laugier (Laugier, 2020). Le port du masque est un acte non seulement destiné à nous protéger du virus, mais également à protéger les autres de toute contamination dont nous pourrions être responsables en tant que porteurs du virus sans symptômes ; ainsi, nos proches peuvent être exposés, mais aussi des inconnus croisés au café ou dans un magasin. Nous nous découvrons responsables non seulement de nous-mêmes, mais des autres, nos proches mais aussi les gens plus éloignés de

nous, ce qui apparaît comme un premier pas vers cette responsabilité que les auteures de *Contre l'indifférence des privilégiés* avaient voulu saisir (Gilligan, Hochschild et Tronto, 2013). Car, plus encore, il s'agit à une échelle plus large, plus globale, de la découverte de la grande vulnérabilité de nos sociétés, dans lesquelles la circulation d'un virus prive des milliers de personnes de leur vie, de leur emploi et, par extension, de leur logement, voire de leur capacité à se nourrir. Les témoignages que recueillent les médias rendent compte de cette prise de conscience quant au fait que la protection de certains que permet la politique du confinement conduit d'autres à la précarité : interdire l'ouverture des bars ou des théâtres nous protège, mais expose ceux qui travaillent dans ces lieux à la pauvreté, voire au suicide. Mais chacun découvre aussi qu'il partage son destin avec des étrangers, surtout comme dans le cas du Japon, où la crise du recrutement du personnel soignant avait conduit le gouvernement japonais à signer en 2008 un accord avec les Philippines, l'Indonésie et le Vietnam pour faire venir des infirmières<sup>8</sup>. La crise sanitaire pourrait aider à révéler leurs conditions de travail différentes de celles du personnel soignant japonais. Alors que chacun a conscience de l'accroissement des différences entre les professions, entre les formes d'emploi, entre les hommes et les femmes, celles-ci occupant plus souvent des emplois précaires, les injustices traversent également la catégorie des femmes – japonaises ou étrangères ? Toutes ces questions qui apparaissent devant nos yeux sont dérangementes et morales, mais elles ne sont malheureusement pas

---

8. En 2019, il y avait 1421 infirmières, 5026 soignants venus des trois pays, selon la brochure d'accueil des personnels infirmier et soignant étrangers (2021) dans le cadre de l'Economic Partnership Agreement.

encore largement débattues, car les médias se refusent à en faire une analyse structurelle, à les insérer au sein d'un fonctionnement social, se contentant de rendre compte principalement du côté humain des situations présentées comme des cas personnels, laissant chacun aux prises avec ses propres réflexions. Même en temps de pandémie, on parlera de différences de statut plutôt que d'inégalités sociales. Aussi est-il difficile d'en arriver à ce que Laugier et Vallaud-Belkacem soulignent dans leur ouvrage à propos de la découverte radicale que « [l']on vit dans un monde de valeurs inversées où les personnes les plus utiles sont considérées comme "rien" et que c'est cela qui permet à d'autres de prospérer à leurs dépens » (Vallaud-Belkacem et Laugier, 2020). Mais quand la crise sera passée, peut-être sera-t-il temps de reconsidérer ces injustices et de ne pas simplement les nier comme n'ayant surgi qu'en situation exceptionnelle.

Les problèmes que la gestion de la pandémie rencontre manifestent en effet toutes les limites d'une conception de la santé publique, et de la façon dont les États perçoivent les populations. La pandémie a montré non seulement le besoin de repenser la nécessité d'une politique de santé publique qui inclut les épidémies ou toute autre catastrophe ayant des conséquences sanitaires, mais aussi la nécessité de réfléchir à l'élaboration d'un système juste à partir de toutes ces interdépendances. Ainsi que le souligne Engster : « Une réforme de l'État-providence soulève des questions de morale et de justice. » (Engster, 2015, p. 1) Si on accepte l'idée que le triage fait partie de toute politique de santé publique, l'enjeu est de concevoir un triage plus juste. Par rapport aux théories classiques de justice, les théories du *care* semblent plus appropriées pour atteindre un tel objectif car elles remettent

radicalement en question la notion de besoins et celle de la qualité des institutions qui prennent soin. Nancy Fraser a bien démontré les mécanismes cachés derrière les interprétations des besoins, notamment celle qu'en font les experts de l'État-providence, qui dissimulent, sous le souci apparemment de prendre soin des femmes, une vision masculine de l'univers du travail et de la sécurité sociale, incapable de répondre aux besoins particuliers des femmes. S'exerce une violence sociale et symbolique dont souffrent les plus fragiles d'entre elles (Fraser, 1989). Allant plus loin que les théories classiques de la justice classique, Amartya Sen et Martha Nussbaum ont proposé une nouvelle théorie de la justice sociale en développant la notion de *capabilité*, qui insiste sur le fait que chacun est à même de bien connaître ses propres besoins (Nussbaum, 2003). Joan Tronto, quant à elle, a analysé ce que devait être une institution qui est chargée de prendre soin des individus en rappelant que, si les experts ont un rôle fondamental à jouer dans le domaine des soins, c'est toutefois dans une relation d'écoute réciproque, où les patients expriment leurs besoins particuliers, que peut être décidé le mode de soin le plus approprié (Tronto, 2010). Prendre soin, souligne-t-elle, est une pratique relationnelle qui implique soignants et soignés dans une relation égalitaire. Les auteurs du triage rappellent que, même en période de crise sanitaire, de pandémie, les soins alternatifs et les modes de faire qui se fondent sur des relations communautaires ont autant leur place et leur efficacité que les modes plus classiques de traitement. C'est tout cet univers que la pandémie nous donne à penser comme étant le mieux à même de répondre à nos besoins, non pas dans le *self-help* du premier ministre japonais, mais dans un partage avec des égaux soucieux des autres.

## CONCLUSION

La gestion de la pandémie est un cas particulièrement intéressant pour aborder tous les thèmes que les penseuses des études du *care* soulèvent : vulnérabilité, risque, responsabilité. Plus encore, elle nous offre une occasion de reconsidérer, à travers l'idée de culture scientifique, les conditions de participation des citoyens à la gestion de cette pandémie qui les touche en tout premier lieu.

Si le scientifique n'est pensé que dans le cas d'un processus de communication scientifique dans lequel les autorités et les scientifiques sont détenteurs de l'autorité du savoir et ne requièrent que l'agrément du public, on peut sans doute possible affirmer que l'enseignement de la pandémie aura été oublié. Mais si l'on considère que toute question scientifique – que ce soit sur les radiations nucléaires, la propagation d'un virus – est constituée d'une dimension technique et d'une dimension morale, alors il est certain que l'approche du *care* a quelque chose à nous apporter pour construire la vie post-crise sanitaire.

On observe, dans le cas du Japon comme dans celui de nombreux autres pays, que la communication sur les risques est restée inaudible pour les raisons évoquées précédemment ; la notion de risque s'articule dans l'esprit des autorités autour de la demande que chaque citoyen prenne soin de soi – *auto-confinement*<sup>9</sup>, *auto-assistance* ont été les maîtres mots de la communication officielle.

---

9. Le cadre légal dans lequel est gérée la crise sanitaire ne permet pas d'imposer un confinement : le terme exact est « demande appuyée de l'auto-confinement ». Au 22 janvier, une réforme de cette loi pour créer des conditions plus contraignantes a été présentée au Parlement.

Un tel message a été reçu différemment selon les catégories sociales mais dans l'ensemble la généralisation du manque de confiance vis-à-vis du gouvernement, et un grand soupçon vis-à-vis des experts mandatés par le gouvernement ont conduit les Japonais à s'organiser par eux-mêmes plutôt que d'attendre des directives gouvernementales. L'auto-confinement a exprimé un choix individuel avant d'être un comportement imposé.

Le mode de communication adopté par les autorités a produit, dans la tension, tout à la fois, un repli sur soi et une compréhension de l'interdépendance qui nous lie aux autres quotidiennement. Interdépendance mais aussi vulnérabilité : nous sommes interdépendants dans la vulnérabilité, même si celle-ci prend des formes variées. Et si, plutôt que l'auto-assistance du message du premier ministre, c'est le second terme employé par ce même premier ministre, celui de l'entraide, qui semble le plus évident, peu a été fait pour résoudre cette tension. Or la richesse de la réflexion sur le *care* doit nous inciter à remettre en cause le fonctionnement du mode de communication sur les risques dont on a perçu les limites, et à reformuler l'idée de ce qu'on a appelé, faute de mieux, « culture scientifique », qui s'entend alors comme la parole des personnes ordinaires concernées par toute décision touchant aux choix technologiques de la société dans laquelle elles vivent. Cela passerait par l'ouverture d'un chantier de réflexion sur les rapports entre discours experts et culture scientifique qui s'appuierait sur la notion de *care*.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ali, Harris. S et Keil, Roger (dir.) (2008). *Networked Disease – Emerging Infection in the Global City*. Chichester, Wiley-Blackwell.
- Dewey, John (2014). *La quête de certitude – Une étude de la relation entre connaissance et action*. Paris, Gallimard.
- Engster, Daniel (2015). *Justice and the Welfare State*. Oxford, Oxford University Press.
- Ferrarèse, Estelle (2009). «Vivre à la merci: Le care et les trois figures de la vulnérabilité dans les théories politiques contemporaines», *Multitudes*. 37, p. 132-141.
- Fraser, Nancy (1989). *Unruly Practices: Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Gaudillière, Jean-Paul, Izambert, Caroline et Juven, Pierre-André (2020). *Pandémopolitique*. Paris, La Découverte.
- Giles-Vernick, Tamara et Craddock Susan (dir.) (2010). *Influenza and Public health – learning from pas pandemics*. London, Earthscan.
- Gilligan, Carol, Hochschild, Arlie R. et Tronto, Joan (2013). *Contre l'indifférence des privilégiés: A quoi sert le care?*. Paris, Payot.
- Godin, Benoit, Gingras, Yves et Bourneuf, Éric (1998). *Les indicateurs de culture scientifique et technique*. Québec, CIRST. [https://archipel.uqam.ca/580/1/Indicateurs\\_Culture\\_Scientifique.pdf](https://archipel.uqam.ca/580/1/Indicateurs_Culture_Scientifique.pdf)
- Janasoff, Sheila (2012). *Science and Public Reason*. London, Earthscan.
- Laugier, Sandra, Molinier, Pascale et Paperman, Patricia (2019). «Nous défendre – face au discours politisé sur le covid-19», *AOC média* (7 avril).
- Laugksch, Rudiger. C. (2000). «Scientific literacy: A conceptual overview», *Science Education*. 84(1), 71-94.
- Lavazza, Andrea, Farina, Mirko (2020). «The role of Experts in the covid-19 Pandemic and the Limit of their Epistemic Authority in Democracy», *Frontiers in Public Health*. vol. 81, p. 1-1.

- Nussbaum, Martha C. (2003). «Capabilities as mental Entitlements: Sen and Social Justice», *Feminist Economics*. 9 (2 – 3).
- Okamoto, Sachi (2018). «Do Biology Textbooks promote the Retention of Scientific Literacy – Case Studies from Japan and Canada», *Kagaku Kenkyû kyôiku*. Vol. 42 – 1.
- Saintot, Bruno (2020). «Éthique et politique du soin : quel tournant à l'occasion de la pandémie?», *Laennec*. tome 68, p. 6-14.
- Shirabe, Masashi, Toriya, Masako et Koizumi, Amane (2020). «Visualization of Countermeasures against COVID-19 infections in Japan by Systems Thinking: The reason why the Japanese government and its Council of Experts couldn't increase PCR tests», *Kagaku Gijutsu komyunikashon*. Vol.27, p. 23-32.
- Tronto Joan. C (2010). «Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose», *Ethics and Social Welfare*. 4:2, 158-171.
- Vallaud-Belkacem, Nadia et Laugier, Sandra (2020). *La société des vulnérables – Leçons féministes d'une crise*. Paris, Tracts/Gallimard, n° 18.

# **Habiter le soin. Une vulnérabilité vulnérabilisante**

Pascale Molinier

Pour parler de l'exposition à la vulnérabilité qui me paraît être le propre de l'expérience soignante, en temps ordinaire comme en temps de pandémie, je pars de l'idée d'une pluralité de mondes vécus, parmi lesquels celui des soignantes et soignants, dont la vulnérabilité constitue un donné en partie – mais en partie seulement – opaque pour les non-soignants. La fragilité de la vie, en effet, est reconnue *dans* le soin. Habiter le soin signifie vivre et comprendre *de l'intérieur* la vulnérabilité qui est toujours d'abord *sa* vulnérabilité. Il s'agit donc ici de donner une accessibilité à la vulnérabilité agissante dans le soin; ce que, pour rester proche d'une sémantique soignante, on pourrait appeler «l'humanité du soin» ou dans les termes de Veena Das, la «naturalité du soin» en tant qu'elle recouvre «ce qui est inhérent à une forme de vie *humaine*» (Das, 2018).

Pour parler de l'exposition vulnérabilisante à la vulnérabilité comme modalité de l'expérience du soin, je vais

m'appuyer sur les dernières minutes d'un entretien réalisé avec Iris. Âgée de 45 ans, elle a travaillé 20 ans en soins palliatifs, d'abord comme ASH, puis comme aide-soignante et les trois dernières années comme infirmière<sup>1</sup>.

Je n'aborde donc pas directement la pandémie, mais je prends comme point de mire le fait que la plupart des décisions politiques et gestionnaires sont prises dans la méconnaissance de cette forme de vie, au risque de la rendre invivable. Aussi me semble-t-il plus important que jamais de descendre jusqu'au grain, au niveau le plus moléculaire du soin, d'entrer dans les détails. Disons seulement que l'histoire d'Iris résonne pour moi en contrepoint vibrant à ce qui s'est passé dans certains EPHAD au moment du premier confinement en mars 2020, cette faillite civilisationnelle qui a vu des gens mourir seuls par décision d'en haut.

Iris est l'une des infirmières qui s'occupent de mon père atteint de la maladie d'Alzheimer. Au moment où je parle avec Iris, elle a laissé les soins palliatifs depuis deux ans et demi pour travailler en libéral parce que cela « devenait compliqué émotionnellement ». Elle expliquera qu'en tant qu'infirmière, elle s'est sentie beaucoup plus exposée qu'en tant qu'aide-soignante « aux émotions des familles, aux émotions des patients, aux émotions... ». Elle me confirme que ce sont les moments d'annonce aux familles et au patient, ces moments où l'on parle « honnêtement » qui sont les plus difficiles, plus difficiles que les décès pour lesquels elle dit « s'être détachée ». Elle mentionne la nécessité de ce détachement face au nombre de décès

---

1. Cet entretien réalisé en août 2020 s'inscrit dans une enquête sur les infirmières contemporaines avec les historiennes Yvonne Knielbielher et Odile Hess et un groupe d'infirmières.

dans l'établissement (200 par an), mais n'explique pas comment concrètement on s'y prend pour se détacher.

La méthode que j'utilise ici est celle d'une ethnographie morale, puisque je demande à mon interlocutrice de me parler de ce qui compte pour elle, ce qui m'amène à me centrer sur des « scènes de vie » ou des « instants de vie » (Woolf, 1939, 2006). Chargés d'une force ou d'une intensité pour la personne qui les raconte, ces moments sont non seulement mémorables mais décisifs de ce qu'est cette personne. Ces scènes de vie moralement pertinentes ou éthiquement décisives sont accessibles à la conscience – elles ne sont jamais oubliées – même si elles sont aussi le lieu d'autres tensions intrapsychiques – échos de la conflictualité ou de la psychodynamique propre au sujet. Mon attention est donc orientée par l'idée préalable que les gens ont quelque chose à dire de proprement éthique à propos de leur expérience. Comme j'ai pu le dire ailleurs, les soignantes et les soignants font de l'éthique comme elles respirent, elles ne peuvent pas s'en empêcher (Molinier, 2020).

Dans mon commentaire, j'essaie autant que possible de ne pas fournir une explication de ce que les gens disent, mais plutôt de donner une valeur de connaissance à ce qu'ils disent, de sorte que ce qu'ils disent, leur *vouloir dire*, en assumant toute l'opacité de celui-ci, ouvre un accès à leur forme de vie et permet de mieux saisir le monde dans lequel ils vivent et ses intensités simultanément éthiques et émotives. Je choisis « émotif-ve » en référence à la définition « qui s'émeut aisément », donc du côté de la capacité à s'émouvoir, et non d'une référence à la sociologie des émotions. Cette capacité à s'émouvoir, production créative qui jaillit à la source de notre vulnérabilité, est affinée par l'expérience soignante, à la fois force de réceptivité, mais

aussi de mise en danger psychique, de fragilité, quand cette capacité ne peut pas être mise en œuvre de façon adéquate aux situations émouvantes.

Je demande donc à la fin de l'entretien si Iris veut bien raconter une histoire, une scène, un moment particulièrement marquant dans son expérience. Je vais reprendre ici presque dans leur intégralité les échanges des trois dernières minutes de l'entretien qui seront les plus *intenses* de celui-ci.

Elle répond sans trop hésiter et sur le débit rapide qui est le sien :

— *Alors oui, j'en ai deux qui m'ont particulièrement marquée. Une dame qui a été transférée de l'hôpital de S. En fin de vie, bien évidemment. Et puis à l'époque il y avait un médecin remplaçant urgentiste, mais qui était très au clair avec les soins palliatifs, et puis il a discuté avec la famille et tout, il avait mis en place une sédation. C'était une sédation. Il envisageait de mettre en place une sédation profonde [inaudible], avec deux jeunes, enfin deux jeunes enfants, jeunes adultes, hein, pas enfants petits. Et puis voilà, quand... je vous fais court, mais le médecin a parlé aux familles, avec nous, enfin voilà. Moi j'étais en poste ce jour-là et puis il me dit «Ben écoute Iris, prépare une seringue d'Hypnovel, j'ai discuté avec la famille, ils souhaitent mettre en place la sédation profonde.» OK, je prépare, et puis je lui dis : «Écoute, ça serait bien que tu viennes avec moi quand je mets en place ça, quoi.» Alors j'arrive avec ma seringue d'Hypnovel pour mettre en place avec le protocole du médecin, le médecin avec moi, et puis la dame, donc, qui avait accepté et*

*tout ça, dit: «Mais si vous mettez ça, je ne pourrai plus jamais parler à ma famille!» Alors je regarde le médecin, je lui dis ben... Alors le médecin lui explique qu'effectivement cela va l'endormir pour pas qu'elle ait des douleurs et tout. Et voilà, ils se sont tous sautés dans les bras, ils se sont mis à pleurer parce qu'ils savaient bien que ce serait la dernière fois qu'ils auraient un contact humain et paroles avec euh... et voilà quand on est à cette scène, là au milieu, pff, moi en plus alors euh je suis capable de relativiser tout ça, mais si je vous en parle c'est que dans ma tête ça y est toujours, c'est moi qui allais mettre en place ça, couper le lien de ces personnes, même si peut-être deux jours après elle serait décédée ou trois jours, sans cette seringue, mais c'était moi qui allait mettre en place, endormir la personne et couper ce lien avec ses deux enfants. Ça, ça ne peut être que des scènes marquantes.*

Je demande: — *Et vous l'avez fait?*

Elle répond:

*— Ah ben oui. Oui oui, je l'ai fait. Alors bien sûr pas dans les cinq minutes, ça a pris peut-être une demi-heure, trois-quarts d'heure, pour discuter avec les enfants, discuter avec le médecin, laisser la famille... enfin... se parler et tout ça, parce que c'était... mais je l'ai fait.*

Je lui demande pourquoi elle se souvient particulièrement d'elle. Sa réponse est:

*— Pourquoi elle? Parce que... parce que c'était une jeune femme, avec des enfants, peut-être que ça me renvoie une image aussi peut-être, pour moi, je n'ai*

*pas assez approfondi mais... voilà c'était euh, difficile, parce que c'est moi qui ai mis cette seringue...*

Je l'encourage à poursuivre. Elle dit :

— *Alors que c'est très protocolisé, la sédation profonde, voilà, c'était un protocole, ordonnance du médecin et tout ça hein, c'est..., enfin, ils en discutent des jours à l'avance, ce n'est pas... ils n'arrivent pas comme ça, pourquoi elle, ben...*

Devant sa difficulté à en dire plus, je lui propose de parler de l'autre situation.

— *Et l'autre situation c'est un monsieur qui avait une soixantaine d'années, c'est pareil, en fin de vie, qui allait mourir, et puis un soir je faisais mon tour, je lui branchais sa perfusion, et puis le médecin arrive pour faire son tour aussi, comme ça parce qu'il passait régulièrement dans les chambres, pour voir comment ça allait. Et il y avait ses deux fils et, pareil, le médecin a commencé à parler justement aussi de cette mise en place de sédation, parce que voilà c'est vraiment tous des patients en fin de vie, et puis ben c'est toujours pareil, c'est couper le contact, quoi. Il (le patient) a parlé à ses fils en leur disant «ben moi je vais m'en aller, occupez-vous bien de votre maman», enfin toutes ces choses-là, ils étaient prêts à accepter la mort et les fils qui étaient assez distants et rigides se sont mis à pleurer, pleurer, pleurer, enfin ça c'est vraiment des choses, enfin qui vous tordent les tripes quoi. Alors là je ne crois pas que c'est moi qui ai mis en place, ça a duré trois-quarts d'heure ce discours, moi je ne suis pas sortie de la chambre, et puis le médecin disait les choses, que oui, effectivement il allait partir... enfin.*

Je lui demande: — *Et vous pensez quoi de la sédation?*

— *Et bien moi je suis pour. Après voilà chacun à ses choix. Quand il n'y a plus rien à faire, pourquoi laisser les gens psychologiquement, enfin c'est trop dur psychologiquement pour les personnes, mais on ne l'a jamais, ce qui est bien là où je travaille, c'est qu'on ne l'imposait pas, c'est que les médecins, ils ont fait beaucoup... moi j'ai fait beaucoup de formations en palliatif et lui aussi avait un DU de soins palliatifs, ben voilà il faisait sur l'hypnose et tout et il était très au clair et il voyait quand il pouvait en parler, il avait l'approche et...*

À la question « il y a des gens qui refusent? », elle répond :

— *Ah oui, il y a des gens qui ne voulaient pas, oui oui, il y a des gens qui ne voulaient pas, oui. Donc ils ne la mettaient pas en place. Ils n'allaient jamais à l'encontre de la volonté des personnes, donc voilà, je pense que... [elle soupire]*

Je commente: — *Oui, c'est une grosse responsabilité.*

— *Voilà! Grosse responsabilité et puis voir tout ce désespoir humain. Après, comme je dis, la mort c'est pour tout le monde, euh... là j'ai perdu mon papa il y a trois semaines, enfin c'est un peu moi qui ai porté tout ça, en tant que professionnelle de santé, vous voyez bien dans une famille, voilà, pour mon père c'était moi la référente, partout où il est passé, c'était moi la référente, et là, ben il est parti, enfin il était malade, mais il est parti assez rapidement, et puis j'étais avec ma sœur là-bas, à l'hôpital à S., et j'ai bien vu que ça n'allait pas. J'ai appelé ma maman, j'ai appelé mon frère et on était tous les 4 autour de*

*lui et il est parti et moi je lui ai dit – alors ça c’est pareil, je ne sais pas si ça a choqué ma famille, ils ne m’en ont jamais parlé – mais je lui ai dit, «ben on est là tous les 4, – c’était ses trois enfants et ma maman – et maintenant tu peux partir paisiblement», et il est parti dans les 2 minutes qui ont suivi. Et moi j’avais appris en formation qu’il fallait, eh bien, les autoriser à partir quoi, parce que moi j’en ai vu qui s’accrochaient pendant des semaines, on se demande ce qu’ils attendent quoi, mais ils attendent sûrement quelque chose, ça c’est sûr.*

Je suggère: – *Quelqu’un?*

Elle opine:

*– Quelqu’un. Sûrement quelqu’un. Et là, mon papa dès qu’on était là tous les 4, ça a été rapide, parce qu’il a pris son repas à 19 heures, et il est décédé à 21 heures, voyez. Mais dès qu’on était là tous les 4, il est parti quoi. Voilà. Je vous raconte un petit peu ma vie.*

Je dis: –Ben oui, ça fait partie, ce n’est pas séparé.

Elle reprend: –*Ce n’est pas séparé, la vie hein...*

Enfin, on aimerait bien que l’éthique nous soulage, nous donne des règles à suivre. Mais ceci, c’est seulement la déontologie. L’esprit éthique se manifeste justement quand on atteint les limites de la rationalité morale. Ici, on a une situation de soin où tout est contrôlé: les soignants sont formés, le consentement des patients et de leur famille a fait l’objet d’un travail sur plusieurs jours, le protocole est respecté, l’infirmière n’est pas livrée à elle-même, le médecin est présent et à l’écoute (ils parleront ensemble à l’issue de la pose d’Hypnovel à la première

patiente), il n'y a aucun désaccord éthique sur la sédation profonde. Donc, il n'y a pas de souffrance éthique au sens où cela a pu être décrit par certains de mes collègues, qui réservent ce terme aux situations où la personne fait quelque chose avec lequel elle est en désaccord (un acharnement thérapeutique, par exemple) (Dejours, 1998). L'infirmière a le temps de bien travailler, elle ne fait pas les choses en cinq minutes et peut s'ajuster aux besoins de la famille. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de cette situation «marquante» : le problème posé n'est pas celui des conditions de travail ou de son organisation, ce qui permet d'isoler l'intensité éthique qui est toujours présente dans le soin et qui suffit à générer de la souffrance (en tant qu'état non pathologique, mais, à la longue, vulnérabilisant).

Et c'est ici qu'intervient «la difficulté dans la réalité» (pour reprendre les termes de Diamond, 2011). Cette femme va mourir, la sédation profonde vise à lui épargner des douleurs inutiles, pourtant le geste qui devrait soulager a aussi un autre effet : il va séparer pour toujours cette femme de ses enfants, l'infirmière signifiant qu'à ce moment précis elle ne prend pas soin d'une personne, mais d'un ensemble formé par la patiente en fin de vie et ses enfants. Cette séparation interviendrait quoi qu'il en soit, mais dans le contexte de la sédation profonde, mettre en place la seringue *cause* l'irréparable. L'infirmière en posant la seringue est à l'origine d'un plus jamais.

Tous les autres problèmes éthiques ont été réglés par la formation, la coopération, le protocole, la délibération, le consentement, mais l'ensemble de ces décisions rationnelles n'épuisent pas le potentiel éthique de la situation, son intensité, ce qui fait qu'elle a de l'importance, qu'elle compte singulièrement pour cette infirmière. Cette

expérience augmente sa sensibilité à la vulnérabilité d'autrui en même temps qu'elle la vulnérabilise.

Iris note les éléments identificatoires (une femme jeune, mère de deux enfants comme elle). Ces éléments comptent et beaucoup de psychologues pourraient s'arrêter là. Souffrance par identification. Mais Iris, qui dit n'avoir pas approfondi, n'y accorde l'importance que cela mérite, c'est secondaire par rapport à ce qui est le cœur de son drame vécu : être celle qui va couper le lien. Elle le répète trois fois et une fois encore dans la seconde histoire.

Peut-être que pour une personne non soignante, ce désarroi éthique est incompréhensible, je ne sais pas. Mais je fais le pari que n'importe quel soignante ou soignant pas trop défensif peut le comprendre (s'accorder sur le bien-fondé du désarroi). Il n'y a pas d'arrière-plan inconscient à rechercher, de pensée cachée, tout le drame vécu est contenu dans ces simples mots « c'est moi qui allais couper le lien de ces personnes ». En somme, elle était celle qui allait endosser le rôle d'Atropos, la Parque qui coupe le fil de la vie. Et toute interprétation n'ira pas plus loin, il me semble, que ce qui est déjà dit.

Iris attire l'attention sur l'importance des attachements. Cela commence dans la façon dont la femme de son récit exprime sa requête. « Mais si vous mettez ça, je ne pourrai plus jamais parler à ma famille ! » C'est la séparation qui est douloureuse, tout comme pour le père et ses deux fils, « prêts à accepter la mort » mais qui pleurent au moment de se séparer. Nous sommes vulnérables du fait de nos attachements, à la perte de nos attachements. Vivre, c'est être « attaché ». Et parce qu'elle doit couper le lien, Iris fait l'expérience de la puissance des liens et du drame de la perte des liens au moment précis où s'effectue cette perte

avant la mort pour la personne au seuil de l'agonie, avant le deuil pour ses proches, et d'une autre nature que la mort ou le deuil, un *moment de vie*: le déchirement des adieux.

La dernière situation est la plus apaisée. C'est pourtant celle de la mort du père. Dans cette dernière situation, la séparation est acceptée, au moins par Iris, et elle autorise son père à partir. Ce qui vient rompre le lien n'est pas la sédation profonde, mais la dédramatisation du départ. Ce qu'elle a appris en formation est mis en usage depuis sa place de fille « référente » et elle prend la responsabilité de faire ce qu'elle pense devoir faire pour qu'il parte tranquille au sein de ses attachements. Elle le laisse partir. En lieu et place du déchirement des adieux, elle fait don d'une autorisation à lâcher prise.

Ce va-et-vient entre l'expérience professionnelle et la vie personnelle déplace les cloisons que la jeune femme dit mettre entre sa vie et le travail. Ces frontières sont beaucoup plus poreuses et ces trois scènes de vie forment un seul et même événement éthique qui se déroule en plusieurs actes, mais traite d'une même réalité vécue, celle de la séparation que représente la mort, et d'un savoir sur celle-ci. La forme de vie des infirmières se noue dans le travail, mais les formes de subjectivation qui s'expérimentent dans le travail s'étendent à l'ensemble de leur vie, de leurs pratiques et relations. Je ne discute pas ici de ce que la forme de vie désigne une autre dimension transmissible de l'expérience au travail que celle recouverte par les notions de collectif de travail (règles de métier) ou communauté d'appartenance (qui s'en approche déjà), dans la mesure où elle met l'accent sur le langage et les accords dans le langage (Molinier, 2018). Les soignantes et soignants n'ont pas besoin d'avoir travaillé ensemble pour

se comprendre éthiquement, et c'est pourquoi le monde habité par le soin est suffisamment vaste pour former le sol d'une action en commun qui décloisonne les services, les équipes et les disciplines.

On peut dire des scènes «marquantes» ou indélébiles racontées par des soignantes et soignants qu'elles sont celles qui sont dotées d'une intensité qui a valeur de connaissance de ce que c'est qu'une vie humaine, ou ce que c'est tout simplement de *vivre*. Ces intensités se détachent du bruit de fond de la vie ordinaire parce qu'elles condensent une connaissance claire de ce qui se passe – de son importance – malgré les limites du langage pour en rendre compte autrement que sous la forme d'une intime conviction. En l'occurrence, pour Iris, l'effectivité du faire, qui lui échoit par fonction – elle est l'infirmière en poste ce jour-là –, l'engagement douloureusement dans l'ordre de cette conviction – «c'est moi qui ai coupé». Le geste (mise en place de la sédation) est moral en un sens inattendu. Ce n'est pas la crainte de raccourcir la vie de la personne, comme on pourrait s'y attendre de l'extérieur. Mais la responsabilité de rompre les liens entre les personnes. En mettant en place la seringue, elle ne porte pas atteinte à la vie mais au *vivre*. Cette intensité renvoie à des affects (se sauter dans les bras, pleurer, pleurer) et à des paroles «honnêtes» et ultimes, elle trouve sa cohérence dans le cadre d'une éthique de la vulnérabilité et des attachements.

Toutefois, comme je l'ai souvent remarqué, les histoires des soignantes et soignants qui évoquent des scènes traumatiques comprennent, dans leur dernier acte, la solution de résolution du trauma. C'est d'une manière qu'elle juge éthique qu'Iris se sépare de son père. De plus, les compétences acquises en formation sont utilisées pour

la vie personnelle; il n'y a pas de césure, mais une seule et même texture d'être.

Peut-on faire des projets pour le soin et pour les personnels soignants en étant en dehors du soin, en habitant ailleurs? Peut-on considérer le soin comme un allant de soi sans effets sur les politiques de santé? Durant la pandémie, le discours dominant a été un discours martial: «Nous sommes en guerre.» Confondre la guerre et le soin est une posture défensive qui brutalise la vie. Si on aborde le problème du soin posé par la pandémie par la vulnérabilité plutôt que par la force, les conséquences de la rupture de liens sautent aux yeux, mais aussi le fait qu'on ne soigne pas des patients-monades mais des formes de vie (Ferrarese, Laugier, 2018), c'est-à-dire des ensembles de personnes reliées par des mots, des paroles, des liens affectifs et qui sont particulièrement sensibles, qui s'émeuvent en tant qu'humains, à la perte de ces liens, ces liens formant leur humanité même. On se rend compte aussi que les soignants ne peuvent se soustraire à ces liens, ils les partagent ou en sont les témoins; leurs actions ont des effets sur les ensembles humains et en retour sur eux. Aussi, toute exposition intense à la souffrance d'autrui implique de puiser dans les ressources émotives de sa propre vulnérabilité, avec ce double mouvement d'une subjectivité plus sensible, plus apte à accueillir et à accompagner, en même temps que plus en risque de consommation émotive.

Iris vit dans un monde où maintenir les liens, les faire exister, est en effet ce que signifie vivre. Elle est ainsi sensible à la responsabilité de jouer un rôle dans l'irréparable. La compréhension de l'importance des liens n'est pas forcément préalable à cette scène; elle s'y découvre ou, lorsqu'on a de l'expérience, elle s'y précise, s'y affine,

parfois jusqu'à un point de rupture : trop d'émotions, dit Iris, qui finissent par peser, par vulnérabiliser. Habiter le soin c'est aussi savoir faire des choix pour aménager sa propre vie à l'aune de cette connaissance émotive. On ne peut prétendre raisonner sur le soin sans comprendre comment se vit le soin, c'est-à-dire comment il se parle et à travers les mots s'éprouve et s'émeut, comment il est *habité*. Sinon, on risque toujours de se tromper de problèmes ou de croire que tous les problèmes sont « réglés » par des accords prescriptifs et déontologiques. On risque toujours de balayer les effets de « tout ce désespoir humain » quand les liens se défont et de faire obstacle à son expression partagée. Plus nous sommes fragilisés par la maladie, moins nous existons en dehors de ces liens, d'où la gravité d'avoir séparé les grands vieillards de leurs familles, d'avoir préféré préserver la vie nue (*zoe*) à la forme de vie humaine qui n'existe pas en dehors des relations. Puisque le soin comporte la connaissance approfondie de ce que c'est que vivre (partager des liens, exprimer sa peine...), nier ou négliger cette forme de vie peut avoir des conséquences civilisationnelles sans mesure, comparables à la perte d'un monde.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Das, Veena (2018). « Les limites du “nous” : cruauté, responsabilité, formes de vie ». Dans : Ferrarese E, Laugier S., *Formes de vie*, CNRS Éditions, p. 271-302.
- Dejours, Christophe (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- Diamond, Cora (2011). « La difficulté de la réalité et la difficulté de la philosophie ». Dans : *L'importance d'être humain*. Trad. Emmanuel Halais, Paris PUF, p. 271-306.
- Ferrarese Estelle et Laugier Sandra, eds (2018). *Formes de vie*, Paris, Cnrs Éditions.

- Molinier, Pascale (2018). « Antériorité de l'éthique sur le collectif ». Le travail: questions cliniques et enjeux actuels, *Psychiatrie Psychanalyse et Sociétés*, vol 7, 2018 – revue-pps.org, 2018.
- Molinier, Pascale (2020). *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2<sup>e</sup> édition.
- Woolf, Virginia (2006). *Instants de vie*. Paris, Stock.



# Care et résilience

Alexandre Gefen

*En mémoire de mon ami  
Dominique Boutet, linguiste,  
mort le vendredi 22 mai 2020  
des suites du COVID-19.*

Le concept de *résilience* est arrivé en France dans les années 1980 avec les théories du trauma, à partir d'une référence obligée à Boris Cyrulnik. Il est très vite entré dans la sphère du développement personnel et de la psychologie populaire, et il a nouvellement pris avec la crise sanitaire une dimension idéologique, économique et politique centrale. La résilience, c'est ainsi le nom de l'opération lancée le 25 mars 2020 par l'armée française pour contribuer à la « guerre » contre l'épidémie, et c'est un concept omniprésent dans les discours contemporains en temps d'épidémie. Non seulement le concept apparaît dans tous les discours d'Emmanuel Macron (par exemple lors du discours de vœux du 31 décembre du chef de l'État français : « Notre nation a traversé cette année avec une telle unité, et une telle résilience, rien ne peut lui résister »), mais il est également évoqué par les pouvoirs publics comme par les organisations internationales. La

résilience est le « nouveau mot d'ordre des dirigeants d'entreprise » affirme *Les Échos*<sup>1</sup>, elle est le nom d'un appel à projet de l'Agence nationale de la recherche en France<sup>2</sup>, d'un « Centre national de ressources et de résilience », d'un « Haut Comité Français pour la Résilience Nationale » ou de multiples fonds de soutien créés lors de la crise. Le discours de vœux aux Français donne pour exemple, parmi les « milliers d'anonymes qui, engagés et solidaires, ont tenu notre pays dans l'épreuve », celui d'une infirmière ou d'un éboueur. Si les travailleurs du *care*, et en particulier les professions médicales, sont donnés publiquement comme exemples des acteurs fondamentaux de la résilience d'une société, reste à savoir si la résilience n'est pas potentiellement aussi une manière de défaire le *care*. Principe individualiste d'autothérapie, de *self-help*, principe d'indépendance et de déliaison, la résilience laisse la charge du soin de soi à la victime et héroïse le dépassement individuel de la blessure ou du trauma.

L'histoire de la notion psychologique de résilience permet d'éclairer quelque peu cette question<sup>3</sup>. S'opposant à la conception freudienne du trauma, qui fait de celui-ci une perte de plasticité et l'origine inéluctable de la névrose<sup>4</sup>, le psychiatre et psychanalyste britannique John Bowlby,

- 
1. *Les Échos*, 12 novembre 2020, en ligne : <https://www.lesechos.fr/economie-france/conjoncture/covid-la-resilience-nouveau-mot-dordre-des-dirigeants-dentreprise-1264120>
  2. Voir <https://anr.fr/fr/detail/call/resilience-covid-19/>
  3. Voir notamment : Serge Tisseron, *La Résilience*, PUF, coll. « Que sais-je? », 2017 et Eva Illouz, *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*, Premier Parallèle, 2019.
  4. Voir par exemple : Catherine Malabou, *Les Nouveaux Blessés. De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains*, Bayard, 2007.

qui observait dans l'après-guerre les enfants ayant subi des séparations durant les bombardements, a commencé à cerner le rôle des attachements dans la manière dont le trauma pouvait se transformer. Il a alors avancé une notion toute nouvelle: l'«ego-résilience». Ces analyses ont trouvé avec la découverte des réactions différenciées des soldats aux horreurs de la guerre du Vietnam un autre champ d'application, à un moment où une théorie moderne du trauma a fait de celui-ci une réaction normale et intelligible à une situation anormale (et non une réponse anormale à un choc normal<sup>5</sup>). Ces travaux ont été suivis par ceux d'Emmy Wermer, lequel a découvert dans les années 1980 l'évolution favorable d'un nombre non négligeable d'enfants de catégories vulnérables, mais qui se sont montrés en fait résilients face au trauma, puis par ceux de Michael Rutter et Ann Masten ayant analysé les «facteurs de protection» permettant de surmonter les dangers. Revenant sur l'expérience de survivants qui, comme Viktor Frankl, célèbre psychiatre et ancien déporté, ont analysé les raisons de leur survie en termes d'adaptation et de transformation de soi par les événements, la psychologie de la résilience a été rapidement parallèlement popularisée par Dave Pelzer aux États-Unis et Boris Cyrulnik en France dans le contexte des philosophies positives et des spiritualités post-modernes. Exposée au risque de produire un héroïsme faussement personnalisé, à celui d'écraser la complexité de la vie psychique et de mécaniser la réponse psychique à l'événement, la première approche assez déterministe de la notion s'est complexifiée, et on a vu le concept être remplacé par celui de «développement post-traumatique»:

---

5. Je tire cette opposition de Richard Rechtman: <https://www.ipev-fmsh.org/richard-rechtman-nous-parle-du-concept-de-resilience/>

Glenn Richardson a ainsi montré<sup>6</sup> qu'après une approche de la résilience centrée sur les qualités individuelles du sujet résilient, l'on s'est intéressé à la construction de la résilience (par exemple à travers la notion développée par Cyrulnik de « tuteurs de résilience ») puis, pour éviter le risque d'en faire un « chemin balisé<sup>7</sup> », à l'action de l'environnement et à la variété des formes individuelles de résilience, qui ne présentent pas une configuration unique et ne conduisent pas à un seul type heureux de reconstruction.

À ces critiques issus des psychologues eux-mêmes, on peut ajouter une réflexion plus large et plus politique revenant au contexte d'émergence et aux sources idéologiques de la notion. De manière très éclairante, Paul Claudel, décrivant l'Amérique après la crise de 1929, « à l'une des heures les plus tragiques de son histoire, quand toutes les banques avaient fermé et que la vie économique était suspendue », évoque dans un texte précisément intitulé « l'élasticité américaine » l'importance du concept de résilience en contexte de crise économique : « Il y a dans le tempérament américain une qualité que l'on traduit là-bas par le mot *resiliency*, pour lequel je ne trouve pas en français de correspondant exact, car il unit les idées d'élasticité, de ressort, de ressource et de bonne humeur<sup>8</sup> ». Issu d'une étymologie latine désignant la capacité de rebond, le terme caractérise aux États-Unis, dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'élasticité, une capacité d'adaptation économique imposée par les crises du modèle capitaliste, qualité indissociable d'un impératif

---

6. Glenn E. Richardson, « The metatheory of resilience and resiliency », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 3, 15 avril 2002, p. 307-321.

7. Serge Tisseron, *op. cit.*

8. Paul Claudel, *Œuvres en prose*, Gallimard, coll. « La Pléiade », 1965.

d'adaptation sociale face aux défaillances des systèmes libéraux, mue par des logiques suprapolitiques.

La résilience est indissociable d'une valorisation, voire d'une héroïsation, du résilient et d'un déni des vulnérabilités dans une culture de la positivité, dont Barbara Ehrenreich a analysé la force, mais aussi les ravages aux États-Unis. D'origine religieuse, lié au protestantisme compris comme une religion hyper-responsabilisante et individualiste, l'impératif de résilience impose à l'individu de se ressaisir de son destin avec optimisme, de le revendiquer avec sourire et fierté en refoulant tout sentiment négatif, quitte à lui imposer socialement de faire une bénédiction d'un licenciement ou d'un cancer<sup>9</sup>. Derrière la résilience se trouve une version profane de culpabilité religieuse, mais aussi et surtout un système économique, celui du capitalisme américain imputant la responsabilité du bonheur à l'individu et non aux structures et lui imposant de s'insérer par lui-même dans un marché du travail de plus en plus instable. On retrouvera ces critiques chez la sociologue Eva Illouz, pour qui la notion de résilience est indissociable du management en régime néolibéral. La résilience est alors l'autre nom de la flexibilité et de la résignation :

Il n'est donc pas étonnant que les organisations se montrent si intéressées par la notion de résilience : invulnérables, responsables et autonomes, capables de s'adapter sans difficulté aux changements, les salariés résilients correspondent au portrait-robot de l'employé idéal. La résilience permet ainsi de maintenir des hiérarchies implicites, de légitimer

---

9. Voir Barbara Ehrenreich, *Smile or Die: How Positive Thinking Fooled America and the World*, Granta Books, 2009.

les idéologies dominantes et les exigences des employeurs<sup>10</sup>.

La flexibilité du résilient est donc la contrepartie de son impuissance politique.

De fait, le mot *résilience* s'oppose étymologiquement, comme le rappelle Serge Tisseron, à *résistance*, comme la souplesse à la solidité, la plasticité à la fermeté: la résilience, comprise comme une forme de compromis, désarme, conteste même l'idée de combat idéologique et oppose à l'interrogation éthique le simple assentiment. Dans ce contexte, la résilience fait de l'Histoire une fatalité inexorable inaccessible à l'action, consacre une lecture uniquement économique de celle-ci, et, à un niveau individuel, présente la violence systémique subie comme un accident non imputable et sans remédiation sociale possible. Derrière la résilience, en mauvaise part, se trouve une neutralisation du politique et un « impératif d'adaptation », qui, comme l'a montré non sans insistance Barbara Stiegler, renvoie à la manière dont le néolibéralisme s'est nourri du darwinisme à partir de Walter Lippmann<sup>11</sup>. De fait, la vulgarisation du terme *résilience* dans les sciences de la vie n'est pas étrangère à un bagage conceptuel que l'on retrouve dans le darwinisme: l'idée d'une adaptation au stress des organismes vivants à travers le couple conceptuel « *stress-strain* », lui-même dérivé de l'usage premier de la notion de résilience en physique des solides<sup>12</sup>. En ce sens, la résilience serait une

---

10. Eva Illouz, *op. cit.*

11. Barbara Stiegler, *Il faut s'adapter*, Paris, Gallimard, 2019.

12. Je renvoie au travail remarquable d'Amélie Nillus « Généalogie du concept de résilience », M1 Histoire de la philosophie. Septembre 2018 en ligne: [http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/These\\_RECHERCHE\\_Orspere\\_Samdarra/Memoire\\_A.\\_NILUS.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/These_RECHERCHE_Orspere_Samdarra/Memoire_A._NILUS.pdf)

forme méliorative d'un darwinisme social sous-jacent, nourri par une idéologie du laissez-faire politique et du renoncement à l'action collective, dispensant de l'impératif de *care* et promouvant souterrainement de nouvelles formes de contrôle social.

D'où aussi les critiques de la notion formulées par Didier Fassin et Richard Rechtman. Avec une sensibilité tragique aux vaincus, la notion de *traumatisme* est venue donner un sens inédit à notre expérience du temps<sup>13</sup>, grâce à la légitimation du blessé. Mais contrairement au traumatisme, qui est mis au service d'une demande de justice, la résilience arrête le trauma, interdit sa politisation, va à l'encontre de toute demande de réparation : foncièrement pragmatique, idéologiquement conservatrice, elle interdit de demander raison de la blessure et participe pleinement d'une idéologie dénonçant les victimes, qui ne font sens que comme vainqueurs ou au moins que comme « survivants<sup>14</sup> ». Contre la demande de réparation, les victimes de la colonisation ou des violences masculines sont invitées, dans un mauvais nietzschéisme, à faire part de force ou du moins de résilience. De fait, les exemples de résilience proposés par un Boris Cyrulnik sont souvent ceux de souffrances individualisées dans des anecdotes particulières, sans transversalité, sans avant et sans après. Michael Føessel s'inquiète en des termes assez proches que la résilience devienne un obstacle à la transformation sociale. « Si la désolation n'appelle aucun retour au passé, elle suscite en revanche l'invention de

---

13. Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

14. Voir les travaux d'Alyson M. Cole, *The Cult of True Victimhood. From the War on Welfare to the War on Terror*, Stanford University Press, 2006.

discours inédits, de nouvelles pratiques ou d'attachements alternatifs qui prennent leur source dans la reconnaissance de ce que quelque chose a été perdu et manque. C'est justement cette reconnaissance que l'impératif de résilience occulte<sup>15</sup> : dans cette perspective, la résilience impose de forclure le trauma et en occulte les enjeux.

Les passionnants débats sur la résilience en art enregistrent directement ces tensions. Par définition, la résilience est un travail de l'individu sur lui-même, qui redonne sens à l'impératif de narration et instrumentalise potentiellement la culture comme atelier de réélaboration créative de soi. Boris Cyrulnik avançait que «le récit est l'instrument par lequel l'individu cherche à forcer son destin. C'est l'ambition de la résilience!» : à sa suite, *feel good novels*, ateliers d'écriture et de bibliothérapie se sont définis comme des instruments de résilience – ainsi la bibliothérapeute Régine Detambel a mis en scène le rôle de la lecture comme forme de résilience «en temps de crise» à partir d'exemples de bibliothèques ambulantes, de cercles ou d'ateliers de lecture<sup>16</sup>. Si certains romanciers ont fait alors de la résilience leur nouveau gagne-pain, d'autres se sont souvent dégagés de toute instrumentalisation de la littérature; je citerai ce petit dialogue de l'écrivain avec son lecteur, de Chloé Delaume, qui résume bien la gêne des écrivains : «Je lui dis ce roman n'est pas un témoignage, une autoanalyse, c'est de la littérature. Elle: La littérature peut être une forme de résilience. Je me sens insultée<sup>17</sup>.» À cette méfiance tributaire d'une

15. Michaël Foessel, *Le Temps de la consolation*, Paris, Seuil, 2015.

16. Voir mon essai : Alexandre Gefen, *Réparer le monde, La littérature française face au XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, Corti, 2017.

17. Chloé Delaume, *La règle du Je. Autofiction : un essai*, Paris, PUF, coll. «Travaux pratiques», 2010.

définition esthétique et intransitive de la littérature s'est jointe une critique des discours et des usages de la résilience, qui a dénudé les sous-bassements idéologiques. Pensons, pour ne donner que deux exemples, à cette formule d'une impitoyable ironie de François Bégaudeau dans un de ses derniers romans, « Parfois la résilience passe par une rupture, et le mieux-vivre par le mieux-licencier<sup>18</sup> », ou à la manière dont Sandra Lucbert, analysant très récemment le procès de France Télécom accusée d'avoir mis en place des méthodes de management ayant conduit à la détresse morale de nombre de ses salariés, met en scène la parole de ses dirigeants, vantant « [l]a formidable résilience » de l'opérateur téléphonique face aux suicides de ses employés<sup>19</sup>.

La nouvelle acception que le mot a prise avec la crise sanitaire causée par le COVID, celui de résilience collective, est en apparence aux antipodes d'une résilience dénudant l'individu et le laissant se débrouiller avec le malheur économique. Si l'idée d'une résilience des systèmes et de propriétés de résilience propres à certains modes d'organisation a émergé dans les années 1970 en écologie, sous la plume de Crawford Stanley Holling, et s'est petit à petit étendue à l'économie (l'« Initiative Résilience économique » de la Banque européenne d'investissement date de 2016), le concept de « résilience nationale » ayant émergé en France impose une critique spécifique. Consacrée selon les mots de l'Élysée « à l'aide et au soutien aux populations ainsi qu'à l'appui aux services publics pour faire face à l'épidémie de Covid-19 en métropole et en Outre-mer, en particulier dans les domaines sanitaires, logistique

---

18. François Bégaudeau, *En guerre*, Verticales, 2018.

19. Sandra Lucbert, *Personne ne sort les fusils*, Paris, Seuil, 2020.

et de la protection», l'opération « Résilience » de 2020 voit en fait la militarisation de cette notion clé de la psychologie positive contemporaine, que sa banalisation n'avait rendue insignifiante qu'en apparence. Loin d'être accidentelle, cette version guerrière de la résilience est conceptuellement prise en charge par le ministère de la Défense, dans une ambition extrêmement large de mobilisation préventive: « limiter la contribution des armées au renforcement de la résilience nationale à leur seule participation à la gestion de crise revient sans doute à se priver des autres ressources dont elles pourraient utilement faire bénéficier la société » affirme la doctrine officielle, en invitant à un transfert d'expérience entre la culture militaire de défense et le monde civil<sup>20</sup>. Ce mouvement est d'ailleurs plus ancien : dès 2008, le Livre blanc de sécurité et de défense anticipe notre « état d'urgence sanitaire » actuel en suggérant d'organiser l'État en temps de paix « en prenant en compte les hypothèses de crise (brutale ou prolongée) », c'est-à-dire en « donnant une priorité accrue au moyen de renseignement », en insistant sur la « coopération renforcée » entre l'État central et les collectivités territoriales et « le recours aux entreprises privées<sup>21</sup> ». Certes, comme le rappelle Eva Illouz, l'instrumentalisation militaire de la notion de résilience existe aux États-Unis depuis la vulgarisation de la notion dans

---

20. Voir <https://www.defense.gouv.fr/dgris/recherche-et-prospective/etudes-prospectives-et-strategiques/articles-etudes/contribution-des-armees-a-la-resilience-des-nations>. Le Haut comité pour la résilience nationale et l'association « Résilience France » est une émanation du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN).

21. « Un concept nouveau: la résilience », note sur le Livre blanc de Défense et de sécurité de 2008, en ligne: <http://archives.livreblancdefenseetsecurite.gouv.fr/2008/IMG/pdf/02.2-Unconcept-nouveau-laresilience.pdf>

les années 2000 par le célèbre président de l'American Psychological Association et inventeur au tournant des années 2000 de la psychologie positive, Martin Seligman (proche de l'armée américaine au point d'avoir été accusé d'avoir conseillé la CIA dans la mise en place de ses méthodes d'interrogations à Guantanamo<sup>22</sup>): il s'agit de créer une «une armée indomptable<sup>23</sup>» en alignant l'organisation militaire sur les structures économiques: «Nous considérons que les hommes d'affaires peuvent tirer bénéfice de la résilience, particulièrement lors de périodes d'échec et de stagnation. [...] nous aidons à créer des armées composées de personnes capables de s'appuyer sur leurs expériences les plus difficiles pour s'améliorer et améliorer leur efficacité<sup>24</sup>.» Mais l'appel à la notion de résilience, concurremment à la vieille notion de souveraineté, pour déployer de nouvelles formes de contrôle social encadrées par l'armée et accompagnées d'un discours guerrier contre un «ennemi invisible<sup>25</sup>» reste, je crois, une invention française inédite, qui relève d'une résurgence de vieux biopouvoirs. Les relents nationalistes de la notion de résilience, laquelle participe d'un régime d'historicité régressif déterminé par le préfixe «re» (réparer, recommencer, etc.), ne laissent pas d'inquiéter. «Il faudra se souvenir en quoi les choix de politique économique de ces dernières décennies ont affaibli la capacité de résilience de notre pays», affirme ainsi Marine Le Pen le 17 avril 2020: la mobilisation politique de la notion comme une forme nationaliste et

---

22. Voir <https://www.newyorker.com/science/maria-konnikova/theory-psychology-justified-torture>

23. Cité par Eva Illouz, *op. cit.*

24. *Ibid.*

25. Allocution du 17 mars 2020.

viriliste de néosouveraineté fait question, comme tout le vocabulaire de la déliaison, de la démondialisation ou de l'indépendance qui l'a accompagnée.

En écologie même, qui sert pourtant de modèle, la notion est suspecte. Baptiste Morizot fait grand cas de la résilience naturelle comme expression des « puissances autonomes de régénération » et de « pleine vitalité », de « prodigalité native » de la nature<sup>26</sup>. « Autopoïèse, morphogenèse, autodéveloppement, autorégulation, autoréparation, résilience » : voilà le résumé que fait de son côté Alain Damasio<sup>27</sup>. Mais si, en bonne part, dans son acception systémique, la résilience rappelle la force du vivant, elle ne doit pas dissimuler qu'une « éthique de la résilience » ne peut pas surestimer la résistance des écosystèmes face à l'impact des économies hypermondialisées et fonctionnant en flux tendu, en temps court, et s'exposant en fait à ce qui est le risque opposé de la résilience, l'écroulement. Ici encore, la notion est parasitée par ses résonnances néolibérales, faisant craindre que « le discours de l'adaptation s'impose comme une réponse marchande à la crise écologique » et propose juste une « industrie de la responsabilité » pour reprendre des formules de Pierre Charbonnier<sup>28</sup>, en évacuant les responsabilités sociétales et les besoins de protection.

Glissant d'un projet d'*empowerment* de l'individu à un principe d'autocontrôle, de la résilience à la guerre à l'idée d'une guerre comme forme de résilience, la notion est, on voit bien à quel point, politiquement problématique.

---

26. Baptiste Moriot, *Raviver les braises du vivant*, Arles, Actes Sud, 2020.

27. Alain Damasio, *Les Furtifs*, Clamart, La Volte, 2019.

28. Pierre Charbonnier, *Abondance et liberté. Une histoire environnementale des idées politiques*, Paris, La Découverte, 2020.

Faut-il pour autant répudier la notion, la réduire à une forme insidieuse d'asservissement néolibéral, à l'acquiescement à un capitalisme mondialisé, mobile et créatif épuisant ses acteurs, à un discours pourvoyant un oubli des minorités, interdisant la critique des systèmes et des hiérarchies, désarmant l'action politique en tant qu'exigence de protection des plus faibles, et invisibilisant les « non-résilients » par le vocabulaire biologique de l'inadaptation ou celui, militaire, de la défaite ? Comme le libéralisme en tant que principe, la force d'émancipation et d'autosaisie de l'individu qu'emporte l'idée de résilience reste peut-être à sauver : s'il n'est pas utilisé comme régulation intériorisée de l'inhumanité sociale et comme une nouvelle forme de culpabilité, mais plutôt comme une *responsabilité relationnelle*, le mot peut orienter notre regard vers les faibles, les amochés et les minuscules, souligner la plasticité des situations, la variété des manières d'échapper aux déterminismes et à la répétition, rappelant autant la force propre de l'individu que le besoin de *care*.



## DÉJÀ PARUS

Marie-Hélène Parizeau et Josée Anne Gagnon, *De la médecine technicienne à la santé écologique. Repenser la bioéthique* (2021).

Marie-Hélène Parizeau et Soheil Kash (dir.) *La société robotisée. Enjeux éthiques et politiques* (2019).

Margarita Boladeras, *Parlons bioéthique* (2017).

Marie-Hélène Parizeau et Soheil Kash (dir.) *À chacun son développement durable ? de la diversité culturelle aux nanotechnologies* (2017).

Marie-Hélène Parizeau et Jacynthe Tremblay (dir.) *Milieus modernes et reflets japonais. Chemins philosophiques* (2015).

Catherine Baudoin, *Plantes transgéniques: quelle évaluation éthique ?* (2014).

Jean-Philippe Pierron et Marie-Hélène Parizeau (dir.), *Repenser la nature. Dialogue philosophique, Europe, Asie, Amériques* (2012).

Bernard Reber, *La démocratie génétiquement modifiée. Sociologies éthiques de l'évaluation des technologies controversées* (2011).

Marie-Luce Delfosse, Marie-Hélène Parizeau et Jean-Paul Amann (dir.), *La recherche clinique avec les enfants : à la croisée de l'éthique et du droit. Belgique, France, Québec* (2009).

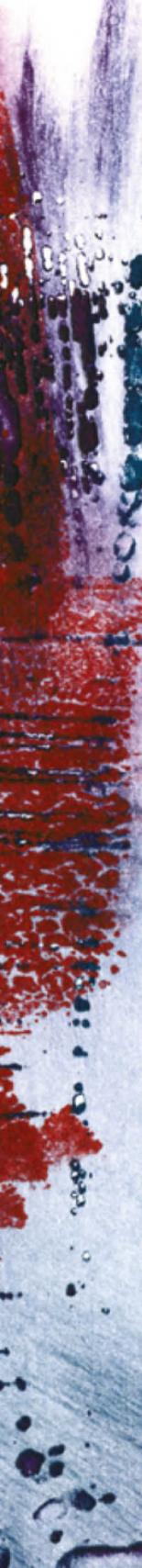
Marie-Hélène Parizeau et Georges Chapoutier (dir.), *L'être humain, l'animal et la technique* (2007).

Jean-Paul Amann, Catherine Chiron, Olivier Dulac et Anne Fagot-Largeault (dir.), *Épilepsie, connaissance du cerveau et société* (2006).

Marie-Hélène Parizeau et Soheil Kash (dir.), *Néoracisme et dérives génétiques* (2006).

Marie-Hélène Parizeau et Soheil Kash (dir.), *De l'inégalité dans le dialogue des cultures : mondialisation, santé et environnement* (2005).





La pandémie de COVID-19 témoigne à vif comment, dans nos sociétés modernes, les liens sociaux ont été fragilisés en mettant à nu la vulnérabilité de tous, de chacun et chacune. Nous avons aussi découvert collectivement comment, le *care*, entendu dans l'un de ses sens, celui du prendre soin, était au cœur de tous nos liens sociaux et qu'il tissait la trame de notre société. Tout à coup, certains travailleurs essentiels, qui étaient souvent des travailleuses essentielles, sont devenues visibles et, parfois, reconnues. De nombreuses personnes, en revanche, se sont retrouvées dans des situations d'extrême vulnérabilité. Certaines institutions essentielles se sont avérées fragiles ou dysfonctionnelles. Pour faire face à ces ébranlements sociaux profonds, les gouvernements occidentaux se sont souvent tournés vers un techno-solutionnisme numérique et ils ont fait usage d'une rhétorique guerrière se voulant mobilisatrice.

Cet ouvrage collectif explore les facettes de ces vulnérabilités individuelle, collective et institutionnelle qui se sont manifestées pendant la pandémie de COVID-19. Il met en évidence comment le *care*, qui ne se limite pas à sa dimension de prendre soin, est à la fois ce qui nous a permis de tenir ensemble, mais aussi ce à quoi nous tenons. Les textes réunis ici interrogent donc à partir de la théorie du *care* différents enjeux cruciaux de la pandémie, en particulier, la crise de la responsabilité et de la démocratie, l'invisibilité du travail des femmes et des immigrants et immigrantes, la gestion des risques et les solutions numériques, la collecte des données personnelles à des fins de santé publique, le prendre soin face à la mort, la résilience collective.

Textes de :

Margo BERNELIN  
Alexandre GEFEN  
Anne GONON  
Sandra LAUGIER

Pascale MOLINIER  
Vanessa NUROCK  
Marie-Hélène PARIZEAU

PETITE  
COLLECTION  
**bioéthique**  
critique



Éthique

ISBN 978-2-7637-5634-9



9 782763 756349

Presses de l'Université Laval  
[www.pulaval.com](http://www.pulaval.com)