

Volume 16 • Issue 1 • 2010

# Swiss Political Science Review

Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft  
Revue Suisse de Science Politique  
Rivista Svizzera di Scienza Politica

1

SPSR

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



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

BARBARA LUCAS  
Université de Genève

*Le concept de « care » rend compte des activités et des relations relatives à la prise en charge des situations de dépendance (petite enfance, personnes âgées, handicap). Sur la base du cas Suisse, cet article soutient que les politiques locales du care participent à une forme de gouvernement de la vie. Dans la première partie, théorique, je propose de rattacher le care aux théories contemporaines sur le biopouvoir, en tant que mode de régulation de la vie dans sa dimension sociale ; puis, je présente un cadre d'analyse du care permettant la comparaison des politiques publiques concrètes du care comme biopolitiques. Dans une seconde partie, empirique, je compare six politiques locales menées en Suisse. Cette analyse permet de mettre en évidence trois types idéaux de gouvernement de la vie et d'en discuter les implications normatives.*

KEYWORDS : Care Policy • Biopolitics • Local Policy • Switzerland • Comparative Social Policy

## Introduction

Depuis une quinzaine d'années, les gouvernements européens font face à de nouveaux problèmes, comme l'explosion des cas de démences séniles, le manque de places en crèches ou les coûts de l'assurance invalidité.<sup>1</sup> Derrière l'apparente disparité de ces thèmes, un même enjeu politique : la prise en charge des personnes en situation de dépendance – ou *social care*.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Merci à Dietmar Braun, requérant principal du projet, dont sont tirées les données (voir note 3), à Kathrin Braun, Pierre Lascoumes et les participants de l'atelier « Biopolitique » du 10ème Congrès de l'Association Française de Science Politique, ainsi que René Levy, Frédéric Varone, Pascal Sciarini et les réviseurs anonymes de la *Revue Suisse de Science Politique* pour leurs critiques et suggestions; toute ma reconnaissance à Monica Battaglini, Abdoul Dieng, Jenny Maggi et Olivier Giraud – précieux partenaires de recherche. La plupart des idées présentées ont bénéficié de ma collaboration régulière avec Olivier Giraud.

<sup>2</sup> Par *social care*, Daly et Lewis (2000) entendent les « activities and relations involved in

Quotidiennes et exigeantes, les tâches de soin ont longtemps été assumées par les femmes, dans le cadre privé familial ; l'Etat Providence assurant une forme de relais à travers le développement d'institutions de prise en charge collective. Aujourd'hui, les nouvelles conditions socio-économiques (vieillesse de la population, travail des femmes, précarisation de l'emploi, transformation des structures familiales) obligent à repenser globalement la place et l'organisation du *care*.

En Suisse, cette discussion s'inscrit dans deux débats principaux. Le premier concerne la réorganisation des institutions en direction d'un Etat d'investissement social (Bonoli et Bertozzi 2008). En comparaison européenne, la Confédération dépense en effet beaucoup pour la santé et les pensions pour personnes âgées et handicapées, mais se distingue par son faible financement des services aux personnes et de la politique familiale (Bonoli 2004). Dans cette perspective, un investissement dans la petite enfance, notamment, est présenté comme rentable (Esping-Andersen et Paller 2008). Le second débat porte sur la conciliation entre famille et travail (Nicole-Drancourt 2009 ; Lebihan et Martin 2008) et la division sexuée des rôles sociaux. De ce point de vue et malgré de récentes percées en matière d'égalité, l'évolution des politiques du *care* en Suisse se heurte à un régime de genre encore marqué par une image traditionnelle de la femme comme principale pourvoyeuse de soin (Giraud et Lucas 2009).

Pourtant, la réforme du social *care* ne questionne pas seulement la pérennité des institutions sociales ou la structure des rapports de genre. Elle concerne aussi directement la façon dont les personnes dépendantes et leur proches sont gouvernés. A cet égard, les politiques publiques locales jouent un rôle déterminant. En effet, définir concrètement les modalités de prise en charge des situations de dépendance, de la petite enfance à la mort, c'est participer, directement ou indirectement, à un gouvernement de la vie.

Sur la base d'une exploration des politiques du *care* helvétiques, cet article identifie les différentes formes que prend ce gouvernement de la vie au niveau local. Dans une première partie, théorique, je rattache le domaine du *care* au biopouvoir, à savoir à une forme de régulation de la vie dans sa dimension vécue ; puis, je propose un cadre d'analyse permettant la comparaison des politiques du *care* en tant que biopolitiques. La troisième partie empirique, présente les résultats comparatifs d'une analyse de six

---

meeting the physical and emotional requirements of dependent adults and children, and the normative, economic and social frameworks within which these are assigned and carried out ». Voir aussi Martin (2008).

politiques locales (Bâle, Frauenfeld, Fribourg, Genève, Lugano, Sierre). Sur cette base, la quatrième partie met en évidence l'existence de trois types idéaux de gouvernement de la vie en Suisse. En conclusion, nous verrons que seul un de ces modèles semble à même de concilier biopolitique et exigence démocratique.

L'article se base sur l'analyse des politiques en matière de petite enfance, de handicap et de dépendance des personnes âgées dans chaque ville.<sup>3</sup> Le recours à un concept de *care* englobant permet ainsi de transcender les logiques sectorielles mais aussi de considérer la façon dont les politiques saisissent la dépendance à différents moments du cycle de vie. Cette approche se distingue des autres travaux comparatifs sur le *care*, qui considèrent pour la plupart une ou deux situations, la petite enfance et la vieillesse le plus souvent, et dont les typologies n'intègrent pas les trois âges de la vie.<sup>4</sup>

### **Care et biopouvoir**

On doit à Michel Foucault d'avoir contribué au déplacement des théories de l'Etat – d'une réflexion sur sa nature et sa légitimité vers la question de ses pratiques (Lascoumes 2004). Dans ce cadre, son concept de biopouvoir pointe le lien consubstantiel entre les enjeux du vivant et le gouvernement moderne (Foucault 1976). Selon Foucault, les sociétés occidentales ont assisté à une transformation radicale du pouvoir depuis le 17<sup>ème</sup> siècle : du droit de donner la mort, on serait passé à un pouvoir sur la vie. Dès l'âge Classique, un ensemble d'institutions (écoles, asiles, casernes, ateliers) et de réflexions sur la tactique ou l'apprentissage *disciplinent les corps* à travers un quadrillage de « surveillances infinitésimales ». Au milieu du 18<sup>ème</sup> siècle, *la bonne croissance de la population* devient un enjeu po-

<sup>3</sup> Programme National de Recherche (PNR) 52: « Régime de prise en charge des personnes dépendantes et styles politiques en Suisse. Comparer et expliquer les configurations régionales helvétiques » (D. Braun). L'enquête a été menée entre 2004 et 2006 et certaines données actualisées.

<sup>4</sup> Les analyses comparatives sont centrées sur les petits enfants (Letablier et Jönsson 2005; Hantrais et Letablier 1996 ; Jenson et Sineau 1998), les personnes âgées (Evers et Svetlik 1993 ; Martin 2003 ; Bureau et al. 2007) ou, plus rarement, le handicap (Oorchot et Hvinden 2001). Quelques typologies tiennent compte simultanément des jeunes enfants et des personnes âgées (Anttonen et Sipilä 1996, 2005 ; Lewis 1998 ; Rostgaard 2002 ; Daly et Rake 2003).

litique. Les Etats tentent alors de maîtriser la natalité ou la santé publique par des « mesures massives » de contrôle. Au 19<sup>ème</sup> siècle, ces deux pôles s'articulent dans une série de dispositifs concrets de contrôle. Dans son ambition protectrice, le pouvoir se fait pastoral: à travers un ensemble de surveillances et de disciplines *intériorisées*, il guide la vie des individus.

L'avènement récent des biotechnologies a remis la question du biopouvoir à l'actualité. D'un côté, les philosophes pointent les menaces de dérive, théorisant la continuité entre les mécanismes de contrôle dénoncés par Foucault et les formes contemporaines de pouvoir sur la vie (Agamben, Hardt et Negri notamment<sup>5</sup>). De l'autre, les analystes des biopolitiques s'intéressent aux politiques concrètes de régulation du vivant. Ignorant le cas des situations de dépendance, ils se concentrent sur les nouvelles technologies (p. ex. Bunton et Petersen 2005 ; Rothmayer et Varone 2003) ou sur le « gouvernement des corps » (Fassin et Memmi 2004). Après un bref historique du concept, nous verrons comment le *care* peut se rattacher aujourd'hui à la sphère de la biopolitique – entendue de manière générique comme la régulation de la société par une administration de la vie humaine (Dean 1999).

### *Le care : du travail domestique à la préservation de la vie*

Sans équivalent en langue française, le mot anglais *care* fait référence à la notion de soin, de prise en charge et d'affection (Martin 2008).<sup>6</sup> Historiquement, le concept a fonctionné de différentes façons dans le champ des politiques sociales. En premier lieu, il a permis la thématization du travail domestique et non rémunéré (Letablier 2001). Le *care* désigne alors une activité féminine, informelle, menée dans le huis clos des familles : la face cachée de l'Etat social. Ainsi armée, la critique féministe de la dimension patriarcale de l'Etat dévoile les mécanismes qui font de la protection sociale un instrument de domination masculine en assignant aux femmes les tâches de reproduction sociale (Lewis 1993 ; Orloff 1993), tandis que les qualités morales liées au *care* sont mises en avant par un féministe post-maternaliste défendant une éthique de la sollicitude (Gilligan 1982).

<sup>5</sup> En traduction française (Agamben 1997 ; Hardt et Negri 2000).

<sup>6</sup> En France, cet anglicisme a été adopté récemment (p. ex. le numéro 2 de la Revue française de socio-économie (2008) : « Le care : entre transaction familiale et économie des services », ou les récentes traductions de (Gilligan 2008) ou de (Tronto 2009).

Parallèlement, des auteures scandinaves pointent le fait que l'Etat – à travers ses prestations directes de *care* – peut aussi jouer un rôle émancipateur vis à vis des femmes (*women-friendly welfare state*, Hernes 1987). Ces résultats initient dans les années 1990 une série de travaux comparatifs sur l'organisation publique de la prise en charge extra familiale des enfants et des personnes âgées, qui permettent de resituer les inégalités de genre dans le contexte des différents régimes d'Etat sociaux (Sainsbury 1994). Ainsi, le concept de *care* a aussi permis de penser l'Etat social autrement que dans ses relations exclusives avec le marché du travail – obligeant à prendre au sérieux les rapport que l'Etat entretient avec les sphères informelles de la société, notamment la famille.<sup>7</sup>

Aujourd'hui, la théorie du *care* s'organise autour d'un concept à vocation plus universelle. Chez Tronto (1993) particulièrement, les valeurs liées au *care* sont mobilisées de façon à transcender les rapports de genre<sup>8</sup>. Le concept de *care*, quant à lui, renvoie à la préservation de la vie en général. Ainsi, Sevenhuijsen (2003 : 181), évoque « **the maintenance of body, soul and relationship that lies at the base of good human functioning** ». La diffusion du paradigme biologique en santé publique ou la référence croissante à un fondement humaniste de l'assistance, en termes de « droits humains » ou de « dignité humaine »<sup>9</sup> accompagnent-elles cette évolution conceptuelle ? Comme le pointe Rose (2001), ce type de déplacements risque de laisser miroiter l'avènement d'une éthique égalitaire, au dépend d'une vision politique, rappelant que la vie des individus reste fortement soumise à des jugements de valeurs et à des formes de contrôle.

### *Trois enjeux d'un gouvernement de la vie*

Revenant sur son concept de biopolitique, Michel Foucault écrivait :

<sup>7</sup> Une critique féministe de la typologie d'Esping-Andersen (1999) portait sur le peu d'attention accordée à la famille et au genre. Prenant acte, ce dernier a reconnu notamment l'importance du travail des femmes (Esping-Andersen 2002, Esping-Andersen et Palier 2008).

<sup>8</sup> « I argue that we need to stop talking about « womens' morality » and start talking instead about a *care* ethic that includes the value traditionally associated with women » (Tronto 1993 : 3)

<sup>9</sup> En Suisse, le nouvel article 12 de la Constitution fédérale de 1999 à propos de l'assistance stipule que « quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour *mener une existence conforme à la dignité humaine* ».

J'entendais par là la manière dont on a essayé, depuis le 18ème siècle, de rationaliser les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, race (Foucault 2004 : 323).

Partant de cette définition, il est aisé de réduire la biopolitique à la maîtrise des dimensions physiologiques ou biologiques du vivant. Or, les débats actuels font émerger trois champs de régulation et de conflits qui débordent cette approche.

En premier lieu, la vie est saisie en *référence aux molécules qui la constituent*. Ainsi, les techniques d'identification et de contrôle et des citoyen(e)s s'appuyant toujours plus sur la biométrie. Loin de consacrer un déterminisme biologique pourtant, la diffusion du paradigme moléculaire contribue à une somatisation de la construction de soi et à une réappropriation de son identité par un remodelage du corps. Dans le domaine du *care*, cette appréhension de la vie dans sa dimension physiologique ou incarnée prend la forme d'une somatisation des problèmes, d'une médicalisation des soins et, de manière générale, participe à la quête d'une sortie technique des situations de dépendance.

En second lieu, ce sont *les frontières de la vie* qui posent problème. La délimitation des bornes marquant le commencement et la fin de l'existence humaine génèrent en effet de violents conflits. Ainsi, les débats sur la procréation médicalement assistée, l'avortement, l'assistance au suicide, l'euthanasie, révèlent des tentatives de circonscription de la « vie en soi » (*life itself*, Rose 2001), trahissant la volonté de mainmise de différents groupes sociaux. Dans le domaine du *care*, on peut lire en ces termes les conflits autour de handicap très lourds ou de fin de vie dans lesquelles la légitimité même du maintien en vie est questionnée, ou dans lesquelles la personne revendique son droit à mourir. Tous ces cas témoignent d'une volonté croissante de « maîtriser l'aléa biologique » aux différentes étapes de la vie (Memmi 2000).

Enfin, les trajectoires de vie et leurs significations font l'objet de revendications et de gouvernement. Nous parlerons ici de *vie vécue*, pour évoquer le caractère contingent mais construit des parcours individuels et collectifs. Dans ce cas, la vie est définie d'abord en termes relationnels – comme une expérience dont le sens est donné collectivement.<sup>10</sup> Les par-

<sup>10</sup> Comme le soulignait Norbert Elias, la quête solitaire du sens de la vie est vouée à l'échec: « Ce qui constitue le sens, c'est une multiplicité d'hommes vivants en groupes, qui dépendent les uns des autres et qui communiquent entre eux. Le sens est une catégorie d'ordre social » (Elias 1988 : 73).

cours de vie par exemple font l'objet d'un récit qui ne sera validé par l'administration que s'il est jugé légitime (Memmi 2004). Par ailleurs, les individus partageant une position de risques moléculaires ou physiologiques se regroupent et défendent leurs intérêts, générant ce que Rabinow (1996) a nommé une *bio socialité*.

Ainsi, les politiques du *care* peuvent contribuer à redéfinir la vie dans sa forme incarnée ou dans ses frontières, mais aussi – et c'est ce qui nous occupera ici – en tant qu'expérience et parcours dont le sens est déterminé collectivement. Dans la partie suivante, je propose une grille d'analyse susceptible de rendre compte de ce phénomène.

### **Politiques du *care* et gouvernement de la vie**

Réactualisant la pensée de Foucault, Rabinow et Rose (2003) identifient le biopouvoir contemporain à l'articulation de trois éléments : des relations de pouvoir qui s'appliquent à la vie et au nom de la vie, un ensemble de discours de vérité ayant la vie humaine pour objet et horizon et des modes de subjectivation à travers lesquels les individus définissent leur propre existence. Je m'inspire de cette approche pour présenter un cadre d'analyse applicable aux politiques publiques du *care*, plus particulièrement dans le contexte d'un Etat comme la Suisse, caractérisé par un fort « enchevêtrement » territorial du pouvoir et dans lequel les acteurs privés jouent un rôle déterminant en matière sociale. La politique du *care* sera saisie d'une part, en tant que technique de gouvernement qui prend appui sur la dépendance et d'autre part en tant que discours qui norme la vie des personnes dépendantes et de leurs proches. La question des modes de subjectivation sera abordée en lien avec ces deux dimensions.

#### *Politique du care et gouvernement de la vie*

Dans un premier temps, Foucault relie l'émergence de la biopolitique au seul développement de l'Etat avant de reconnaître qu'une grande partie des régulations s'effectue à un niveau sub-étatique. Toutefois, le concept de « biopolitique déléguée » avancé par Memmi (2004) ne suffit pas à rendre compte des complexités actuelles des arrangements locaux concrets. En effet, après une période de stabilité caractérisée par des réseaux organisés, des configurations d'acteurs plus volatiles mais aussi plus créatives se redessinent en Europe dans le domaine social (Bode 2006). Dans ce

contexte, saisir les régimes de *care* de façon intégrée reste un défi pour la recherche (Rostgaard 2002 ; Lyon et Glucksman 2006). Nous nous intéresserons ici plus particulièrement aux réseaux d'acteurs locaux intervenant en matière de prise en charge de la dépendance, ainsi qu'aux instruments d'action publique mobilisés.

(1) *Les acteurs et les réseaux du care : les welfare mix locaux.*—L'approche relationnelle développée par Bütschi et Cattacin dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme (1994) est particulièrement adaptée à l'analyse des réseaux de *care* diversifiés, ou « *welfare mix* », selon les termes de Evers (1990). Le champ du social y est identifié non pas comme un secteur prédéterminé mais « par les limites de ses effets ou, en d'autres termes, par le réseau de relations qu'il produit » (Bütschi et Cattacin 1994 : 42). Dans cette perspective, les réseaux de *care* locaux se distinguent notamment par le type d'acteurs impliqués et la nature de leurs relations.

En premier lieu, les acteurs du *care* peuvent être de *statuts différents*. Ainsi, dans le contexte suisse, la part des acteurs privés *for profit* dans les réseaux du *care* renvoie à la dimension libérale d'une régulation sociale passant par le marché. La présence des acteurs publics quant à elle est un indicateur du degré de responsabilisation collective en la matière. Les valeurs et traditions relatives à la famille ou à l'Etat dans ce domaine traditionnellement considéré comme privé varient en effet considérablement (Pfau-Effinger 2005). Dans ce contexte, les associations représentent des médiatrices entre l'Etat et ses citoyens ou entre les programmes étatiques et leurs destinataires. De fait, elles pallient souvent les lacunes de l'offre publique ou du marché, répondant au plus près des besoins des personnes concernées. Du point de vue des activités, ces différents types d'acteurs se caractérisent par leur *degré de polyvalence* et le caractère plus ou moins inclusif de leur approche du *care*. Ainsi, certains ciblent les malades Alzheimer, tandis que d'autres offrent des services à domicile tant aux enfants qu'aux personnes âgées. Enfin, ils se distinguent par leur degré de professionnalisme.

En second lieu, *les relations entre les acteurs du réseau* se révèlent déterminantes pour la qualité des prestations comme pour la rationalisation des soins. Depuis une dizaine d'années en effet, la plupart des pays européens ont reconnu la nécessité de coordonner l'offre des réseaux de *care*. La coopération entre services sociaux et services de santé notamment est indispensable pour couvrir des besoins complexes et évolutifs. Cependant, les résultats sont loin de ceux escomptés et l'intégration des soins (*integrated care*) au niveau local reste un défi (Kümpers 2005). En Suisse, l'impor-

tance des organisations intermédiaires dans le champ du *care* soulève aussi la question de la stabilité des réseaux et de la force des règles structurant les interactions. Les associations sont en effet en tension entre une rationalité marchande, étatique et informelle qui rend leur position instable. Ainsi, elles oscillent entre coopération, assimilation (domination d'une logique bureaucratique ou marchande) ou exclusion (Evers 1990).

(2) *Les instruments du care et leur rationalité.*—Le travail de care se caractérise par la force de son contenu émotionnel.<sup>11</sup> Pourtant, une relation d'aide ne relève pas exclusivement de la sphère d'intimité : elle se définit aussi dans le cadre d'un système d'attribution collective de responsabilités, d'obligations et d'opportunités. De ce point de vue, les instruments d'action publique jouent un rôle déterminant, contribuant à identifier, définir et légitimer les relations de *care* et les besoins des personnes concernées: des besoins en temps, en argent, en services, ou en acquisition de capacités. L'instrument en effet

consiste en un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur (Lascombes et Le Galès 2004 : 13).<sup>12</sup>

Concrètement, certains privilégient la persuasion, d'autres la codification, la réglementation et le contrôle ; certains organisent la prestation de service, d'autres la délèguent; certains aménagent l'attribution de ressources financières directes aux personnes ou aux organisations, d'autres s'adressent au comportement individuel ou à son contexte (logement, transport, revenu).

La rationalité de ces instruments renvoie d'abord aux *modalités d'intégration* supposées des personnes concernées dans les cadres de références activés par le politique. Ainsi, la famille, les relations de proximité (voisinage, communauté), le marché, l'Etat, le monde associatif sont associés à des formes particulières d'inclusion de l'individu dans le groupe (Streeck

<sup>11</sup> Hochschild (1983) parle de « travail émotionnel » ou *emotional labor* pour évoquer les métiers dans lesquels le sentiment est requis (même s'il n'est pas ressenti) tandis que Folbre (2001) pointe l'affection et l'attachement qui se développent par la pratique même du *care* et en viennent à « emprisonner » la personne qui dispense le *care* (*prisoner of love*)—dans l'impossibilité de renoncer à sa tâche, même mal payée ou dévalorisée. Pour une revue des théories du travail du *care*, voir England (2005).

<sup>12</sup> Dans ce sens, la gouvernementalité ne renvoie pas uniquement aux techniques de « conduite des conduites » déployées par l'Etat, mais aussi à la rationalité des instruments qui sous-tend le gouvernement des sujets.

et Schmitter 1985) comme la relation affective, les liens familiaux ou la citoyenneté. Ces formes imposent à leur tour des normes de comportements à l'individu – loyauté familiale, solidarité de proximité ou communautaire, participation citoyenne – et génèrent des modes de subjectivation particuliers.

Mais les instruments ciblent aussi les *catégories de bénéficiaires*. Les présupposés sur le rôle attendu des proches – plus particulièrement des femmes – sont ici décisifs. En Suisse en effet, c'est

l'épouse qui agit en pivot de l'entraide, à tel point d'ailleurs que l'on se demande s'il ne serait pas plus légitime de parler de solidarité entre femmes que de solidarité de parenté ! (Kellerhals et Widmer 2005 : 108).<sup>13</sup>

La reconnaissance sociale de cette aide informelle féminine est modulée par des instruments comme les congés parentaux par exemple, qui peuvent contribuer à la pérennisation comme à la subversion des rapports de genre institués.<sup>14</sup>

Enfin, chaque situation de dépendance engage les individus, comme les organisations, dans un *rapport particulier avec l'acteur public et les institutions*. Ce rapport peut être plus où moins participatif et négocié, notamment quant à la définition des besoins des personnes dépendantes et de leurs proches ou aux savoir-faire mobilisés dans la relation de soin. Ainsi, le mode assistanciel et paternaliste sur lequel s'est développée l'offre de *care* est aujourd'hui contesté pour son caractère infantilisant (Giraud et Lucas 2007). A travers l'usage qui en est fait, les instruments peuvent ici contribuer localement à reproduire une logique paternaliste dans le champ du *care* ou au contraire, à favoriser une forme d'« empowerment ».<sup>15</sup>

### *Politiques du care et normes de la « bonne vie »*

Du point de vue de son contenu, la biopolitique vise l'optimisation de la vie des populations (Dean 1999 : 100). Dans cette perspective, la vie telle qu'elle est vécue n'est pas uniquement un objet de gouvernement, elle est aussi objet de définition et de normalisation. Les travaux comparatifs sur

<sup>13</sup> Est évoquée ici l'entraide familiale en matière de garde d'enfant ou d'aide domestique.

<sup>14</sup> La reconnaissance du travail informel de *care* pose la question de l'étendue et du contenu des droits sociaux : droit à pouvoir bénéficier d'une aide en cas de dépendance ou droit à pouvoir se consacrer à un proche (Knij et Kremer 1997).

<sup>15</sup> Pour une discussion du cas de la médiation comme instrument, voir Lucas (2010).

la prise en charge des situations de dépendance en Europe soulignent la grande diversité des prestations disponibles (Bettio et Plantenga 2004 ; Anttonen et Sipilä 2005 ; Pavolini et Ranci 2008). Or, par le jeu des discours et des prestations concrètes dispensées, les politiques du *care* définissent et consolident les normes de la « bonne vie » des personnes dépendantes et des aidant-es, notamment quant à leur degré de sociabilité. Elles façonnent et valident aussi les parcours légitimes, contribuant à organiser la segmentation sociale des trajectoires de vie (sexe, âge, origine, revenu, génération).

(1) *L'ambivalence sociale des politiques care.*—On l'a vu, la référence foucauldienne à un « ensemble de vivants » constituant une population tend à faire oublier le caractère social de toute individualité. Or, les relations de *care* sont exemplaires de cette « ambivalence sociale » (Lüscher 2002) : à l'instar de celle de tout un chacun, la vie des aidants comme celle des aidés est prise dans un double champ de tension.

La première tension concerne *la dépendance et l'autonomie*. Connoté négativement, le concept de dépendance s'oppose en effet à l'idéal libéral d'un citoyen autonome, c'est à dire apte à se gouverner lui-même. Ainsi, l'individu considéré dépendant sera renvoyé à ses manques ou implicitement soumis à un devoir d'émancipation. Cette opposition traverse la littérature sur le *care*, d'autant que le concept de dépendance est rarement problématisé. Il évoque une situation physique donnée, le *care* définissant « l'action d'aider un enfant ou une personne adulte ou âgée dépendante pour le déroulement de sa vie quotidienne » (Letablier 2001 : 21). Or, de la notion d'autonomie physique limitée, on glisse facilement à l'idée que la personne n'est pas en mesure de gérer sa propre existence et de s'autodéterminer. Concrètement, les termes d'un rapport particulier entre dépendance et autonomie se fixent à travers la mise en œuvre des diverses prestations de soin et d'accompagnement et du sens qui leur est accordé, dans le cadre d'une situation donnée. S'agit-il, par exemple, de consacrer la dépendance d'une personne handicapée en faisant à sa place ou, au contraire d'accroître sa marge d'action ? S'agit-il de renforcer la responsabilité des proches à l'égard des vieillards en perte d'autonomie ou au contraire de l'alléger ?

La seconde tension concerne *le pôle intime et le pôle social de la vie vécue*. En effet, le terme même de dépendance renvoie au rapport au corps et à ses déficits ; de ce point de vue, le travail de soin se caractérise par le degré de proximité qu'il requiert. Les personnes dépendantes nécessitent en effet – à des degrés divers – d'être accompagnées dans les actes les plus intimes de la vie quotidienne (se nourrir, se laver). Cette appréhension du

*care* tend à rabattre l'existence sur la dimension la plus intime. Dans ce contexte, le concept de vie vécue vient rappeler que même dans le cadre d'une dépendance sévère, la maîtrise de l'intimité (intimité corporelle, espace privatif, sphère du secret) reste un enjeu de pouvoir.<sup>16</sup> A l'inverse, dès leur formulation, les politiques sociales ont géré des formes « semi-socialisées » de dépendance (comme l'incapacité à travailler avec la mise en place d'ateliers protégés, Fraser et Gordon 1997) renvoyant à des modes d'insertion sociale extra familiale. Ainsi, les prestations de *care* pour les personnes dépendantes sont aussi révélatrices de la manière dont une politique locale adresse le rapport entre intimité et vie sociale.

(2) *Les trajectoires légitimes : politiques du care et parcours de vie.*—

Comme Foucault l'avait pressenti, le gouvernement de la vie peut aussi se décliner suivant un parcours : « C'est sur la vie maintenant, et tout au long de son déroulement, que le pouvoir établit ses prises » (Foucault 1976 : 182). A cet égard, les moments de transition de l'existence se révèlent cruciaux : liés à l'actualisation d'un risque de dépendance (accident, maladie) ou à l'expression d'un choix (naissance), ils représentent autant d'espaces de régulation pour l'Etat moderne (Mayer et Schoepflin 1989).<sup>17</sup> Ainsi en Suisse, la naissance d'un enfant joue un rôle décisif dans la sexualisation des trajectoires professionnelles (Lévy 2006), les deux parents se positionnant différemment face au marché du travail. Or, les différentes trajectoires féminines ne s'expliquent ni par une standardisation des comportements des femmes, ni par une individualisation totales de leur comportement (Widmer et al. 2003). De fait, les parcours de vie se constituent de façon à la fois différentielle et séquentielle.

Dans ses *aspects différentiels*, le cours de la vie renvoie à l'existence de trajectoires dépendantes du contexte social, institutionnel, économique (Mayer 2004). Celles-ci sont en effet tributaires d'un ensemble de contraintes et d'opportunités objectives ou perçues – qui varient selon le genre, l'origine, l'âge ou la classe sociale. De ce point de vue, les politiques du *care* sont porteuses d'une vision de la *diversité possible* des trajectoires de vie. Elles adressent aussi – directement ou non – la question de la *liberté de choix réelle* des personnes confrontées à la gestion d'une dépendance et

<sup>16</sup> Le respect de cette sphère de l'intime fut parfois mise à mal par les institutions collectives d'hébergement (asiles, maisons de retraite).

<sup>17</sup> Lors de l'établissement d'une relation d'aide, les personnes concernées se positionnent l'une en fonction de l'autre, ce qui lie de fait leur trajectoire de vie.

ont un impact sur les trajectoires d'exclusion, notamment dans le cas des personnes âgées (Cavalli et al. 2007 ; Theobald 2005).

D'un point de vue séquentiel, l'organisation du *care* repose sur une série de coïncidences plus ou moins contraignantes entre *rôles sociaux et âges biologiques* (Elder 1994). Les normes en matière de soin diffèrent en effet selon les besoins perçus des personnes dépendantes en fonction de leur âge – **en termes d'autonomie et d'insertion sociale**. Les politiques de la petite enfance par exemple oscillent entre maternalisme et socialisation précoce, tandis que le jeune handicapé bénéficiaire d'une rente sera, une fois adulte, plus ou moins incité à s'insérer dans le marché de l'emploi. Par ailleurs, au cours de leur vie, les individus peuvent être appelés à jouer des rôles successifs d'aidants ponctuels ou réguliers précisément liés à leurs âges respectifs. De ce point de vue, les *rapports entre générations* constituent une dimension cruciale du *care* (Attias-Donfut 1995). En Suisse, on note une forte verticalité des réseaux d'entraide familiaux et des soutiens concrets qui « circulent de haut en bas et de bas en haut des générations, bien plus qu'horizontalement » (Kellerhals et Widmer 2005 : 106–07).

Ainsi, les différentes politiques locales du *care* peuvent décliner, les dimensions d'un pouvoir sur la vie de multiples façons. En premier lieu, elles déploieront des modes de gouvernementalité spécifiques, par l'organisation de *welfare mix* particuliers dans lesquels le rôle et la place de l'acteur public diffèrera significativement et par le recours à différents types d'instruments, porteurs de rationalités propres. Par ailleurs, elles contribueront à définir et normer de façon particulière la vie et son parcours. En effet, elles pourront privilégier l'autonomie ou la dépendance, s'orienter en direction du pôle intime ou social de l'existence, moduler, enfin, les parcours de vie des personnes concernées selon différents critères sociaux. L'analyse du cas suisse permet de cerner empiriquement l'étendue de ce champ du possible.

### **Diversité des politiques locales du *care* en Suisse**

Le fédéralisme et la tradition de subsidiarité helvétique nous donnent accès à des pratiques locales diversifiées en matière de gouvernement de la vie. Le choix des villes analysées (Genève, Bâle, Fribourg, Frauenfeld, Lugano, Sierre) repose précisément sur le caractère différencié de leurs politiques

du *care* ainsi que de leur contexte culturel et socio-économique.<sup>18</sup> Ces politiques ont été comparées suivant notre grille d'analyse, de façon à cerner, de façon certes exploratoire, la variabilité des manifestations locales du biopouvoir dans ses principales dimensions. Cet exercice nous permettra, comme nous le verrons au point suivant, de repérer des configurations empiriques particulières et d'élaborer trois types-idéaux.

Les données pour cette analyse ont été récoltées en deux temps. Dans une première phase, quantitative, une enquête par questionnaire a été effectuée auprès des acteurs des trois domaines considérés (petite enfance, handicap, personnes âgées dépendantes) dans chacune des villes.<sup>19</sup> Cette étape a permis une première comparaison des réseaux d'action publique (acteurs, activités, degré d'intégration du réseau), donnant lieu à un regroupement des cas (Lugano-Sierre; Frauenfeld ; Bâle-Genève-Fribourg). Dans une deuxième phase, qualitative, trois villes ont été sélectionnées comme représentatives de leur groupe (Genève, Frauenfeld et Lugano) et ont fait l'objet d'études de cas approfondies.<sup>20</sup> La reconstruction des discours locaux sur la petite enfance, le handicap et la dépendance des personnes âgées a permis de compléter les données factuelles en travaillant dans une perspective interprétative sur le sens attribué localement aux relations entre acteurs, aux activités menées concrètement et aux instruments mobilisés dans chacun des champs.<sup>21</sup> Les résultats présentés dans cette partie rendent compte de la diversité des *welfare mix* mobilisés dans les six villes analysées puis des instruments et des normes de la bonne vie dans les cas de Genève, Frauenfeld et Lugano.

---

<sup>18</sup> Elles se situent dans des cantons aux traditions culturelle (romands, alémaniques et italo-phones), religieuse (catholique et protestant), politique (libérales conservatrice ou socio-démocrate) et socio-économique (cantons plus ou moins urbains) contrastées.

<sup>19</sup> 668 questionnaires envoyés, taux de réponse 46%.

<sup>20</sup> La décision de se limiter à trois études approfondies s'explique pour des raisons pragmatiques liées au budget attribué. Je remercie particulièrement Olivier Giraud qui a mené l'étude de cas de Frauenfeld et Jenny Maggi, qui a réalisé celle de Lugano. L'étude genevoise a été effectuée par mes soins.

<sup>21</sup> Ces enquêtes reposent sur des revues de presse locale, l'analyse de la documentation et littérature ainsi que sur près de 60 entretiens semi-structurés auprès des principaux acteurs locaux.

### Les *welfare mix* de six villes suisses

Les réseaux de *care*, on l'a vu, forment des *welfare mix* complexes et fluctuants. Les acteurs se caractérisent par leurs statuts différents et le caractère plus ou moins professionnalisé de leurs prestations. La place et le rôle de l'Etat dans le champ (en terme d'acteurs et de subventionnement) indique une gestion plus ou moins formalisée du réseau. Les *acteurs publics*, particulièrement le canton, occupent une place importante dans les réseaux de Sierre et de Lugano. Ils sont moins dominants dans les agglomérations de Bâle, Genève et Fribourg où le réseau se caractérise par un plus grand équilibre entre les types d'acteurs. La part du secteur public se révèle la plus faible dans le cas de Frauenfeld, où peu de prestations sont assurées directement par les collectivités.

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

Enfin, il est possible de caractériser *les relations* entre ces acteurs en s'intéressant à la fréquence et au caractère inclusif des collaborations – ainsi qu'au type de règles caractérisant le fonctionnement du réseau. C'est à Sierre et Lugano que la coopération entre acteur apparaît globalement la plus intense, tandis que les réseaux des autres villes sont plus faiblement intégrés<sup>22</sup> – ceux de Frauenfeld se révélant particulièrement éclatés. Les études qualitatives confirment un besoin de coopération accru dans les trois domaines du *care* dans les cas de Genève et Frauenfeld. Ainsi, depuis 2004 le canton de Thurgovie cherche activement à développer l'intégration de la prise en charge des personnes handicapées.<sup>23</sup> De manière générale, dans

<sup>22</sup> Degré d'intégration : degré moyen d'intégration du réseau par rapport à une intégration maximale théorique correspondant à une collaboration intense de tous ses acteurs (données issues des questionnaires).

<sup>23</sup> Il s'agit de développer des *Zielgruppenverbund* (fédérations de prise en charge de

chaque ville, l'intégration des réseaux est la plus marquée dans le domaine des personnes âgées (à l'exception de Lugano dont le réseau handicap est très bien intégré) et la plus faible dans celui de la petite enfance (à l'exception de Fribourg dont le réseau du handicap est le moins intégré).

### *Les instruments du care à Lugano, Frauenfeld et Genève*

Les instruments d'action publique mobilisés dans ces trois réseaux particuliers sont de différents types. Les *prestations directes par la commune ou l'Etat* – places dans des homes par exemple – présentent le niveau maximum de régulation du soin et des situations de vie. Ces institutions publiques sont pratiquement absentes à Frauenfeld (sauf peut-être pour les personnes âgées les plus démunies), tandis qu'elles ont une histoire importante à Sierre et Lugano. Les ayants droits y sont déterminés selon des critères précis et plutôt rigides, liés notamment à leurs revenus ou problèmes spécifiques. A Genève, ces instruments sont pensés de façon plus universelle; ils visent fréquemment à garantir l'accessibilité au soin et l'intégration sociale à tous, dans un esprit de « service public ».<sup>24</sup>

Les *instruments de contrôle* des prestations collectives privées sont particulièrement développés à Frauenfeld – à l'exception du domaine de la petite enfance où la régulation est émergente. Ils doivent garantir qualité et sécurité aux bénéficiaires dans le cadre de prestations marchandes ou associatives développées mais non subventionnées. Les directives de qualité s'y révèlent détaillées et contraignantes. A Lugano (mais aussi à Sierre), les collectivités – le canton notamment<sup>25</sup> – financent, organisent, voire cartellise les prestations privées – révélant une approche relativement intégrée du *care*. A Genève, en revanche, si les crèches sont pratiquement municipalisées, les institutions pour personnes âgées et handicapées font l'objet d'une rationalisation et surveillance relativement récentes.

Les nouveaux instruments qui attribuent aux personnes dépendantes *des budgets prestations en cash* – permettant de rémunérer des proches ou de recourir à des services extérieurs sont développés à Lugano dans les trois domaines, où des prestations financières cantonales (loi sur les allocations familiales de 1996) incluent depuis 2006 le remboursement des

---

groupes cibles) qui réunissent l'ensemble des acteurs intervenant auprès d'un groupe particulier. Un *Verbund* existe pour les personnes handicapées mentales.

<sup>24</sup> Par exemple l'accueil aux EPSE (handicap, cantonal), mais aussi dans les crèches.

<sup>25</sup> Ainsi, le domaine de la petite enfance relève du canton au Tessin.

frais de garde externes pour les familles au revenu modeste. Depuis 2000, la loi sur l'assistance à domicile favorise aussi le financement des aidants informels ou professionnels pour les personnes âgées et handicapées. Des « budgets d'assistance » pour personnes handicapées ont été expérimentés par la Confédération avec succès dans trois cantons pilotes entre 2006 et 2009, dont le Valais et Bâle-Ville.<sup>26</sup> Ce type de mesure n'est pas développé à Genève. En revanche, le canton propose des prestations complémentaires aux personnes âgées dépendantes en situation précaire. A Frauenfeld par contraste, on relève l'absence totale de prestation à destination des individus. Une volonté de *reconnaissance du rôle des proches* est ainsi notable à Lugano et Genève – bien que relativement récente et formelle encore à Genève concernant l'aide aux personnes âgées et handicapées (loi sur le réseau de soin et le maintien à domicile de 2008), alors qu'elle est absente à Frauenfeld. Genève fut aussi le premier canton à adopter une assurance maternité en 2001, devançant le projet fédéral tandis que le Tessin s'est distingué par son modèle d'allocation familiale solidaire dès 1996 (allocations complémentaires pour famille en difficulté et allocation pour la petite enfance). A Lugano, le canton encourage aussi directement le *volontariat*.

Enfin, des instruments *incitateurs et réflexifs* sont mobilisés partout – bien que de façon récente à Lugano.<sup>27</sup> A Genève et à Frauenfeld, des recherches, des expérimentations,<sup>28</sup> des forums d'échange, favorisent des apprentissages et contribuent à cerner les besoins collectifs.<sup>29</sup> A Genève, l'innovation et la diversité des services sont parfois soutenues par des incitations financières, ce qui n'est pas du tout le cas à Frauenfeld : le canton de Thurgovie cherche plutôt à responsabiliser les individus ou les professionnels, s'appuyant sur des *instruments cognitifs* – information, persuasion, référentiels de bonnes pratiques. La *représentation* des personnes concernées est assez développée à Frauenfeld dans le domaine des personnes

---

<sup>26</sup> Le troisième canton est Saint-Gall. Ordonnance fédérale. En ligne : [http://www.admin.ch/ch/f/rs/831\\_203/index.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/831_203/index.html).

<sup>27</sup> Dans le domaine de la petite enfance, la nouvelle loi pour les familles (Lfam) permet par exemple depuis 2006 de soutenir la libre initiative de la société civile ou des usagers (associations, groupes de parents).

<sup>28</sup> Un regroupement communautaire des structures (quartier) est encouragé à titre expérimental en matière de petite enfance par exemple.

<sup>29</sup> A l'image du forum sur les aidants informels, organisé en 2007 à Genève sous l'égide du département de la santé.

âgées<sup>30</sup> et du handicap<sup>31</sup> où le canton comme la commune ont installé des cadres d'expression réguliers, mais pas dans celui de la petite enfance. A Lugano en revanche, les instruments de participation existent depuis longtemps dans les trois domaines (le rôle des conseils de parents est reconnu dans l'arène politique cantonale). A Genève, la participation des personnes concernées à l'élaboration des politiques fait partie du discours officiel, mais se révèle de fait peu effective.<sup>32</sup> Enfin, les instruments qui favorisent la *co-définition des besoins* sont développés à Genève (notamment dans le cas des personnes âgées à domicile) et à Lugano (associations de parents actives dans ce domaine ; loi sur l'aide à domicile de 2000 prévoyant l'implication des personnes handicapées dans la définition de ses besoins en interaction avec une équipe sanitaire et sociale).

### *L'offre de care et ses normes de vie à Lugano, Frauenfeld et Genève*

Les services offerts en matière de *care* sont porteurs de présupposés quant aux besoins des personnes dépendantes concernant leur besoin d'autonomie et de socialisation. Mais ces conceptions se déclinent différemment selon les catégories de bénéficiaires. Ainsi, en *matière de petite enfance* à Frauenfeld, l'essentiel du soin aux petits enfants revient aux familles et aux « mamans de jour ». La prise en charge individuelle à domicile est privilégiée, car on considère qu'elle permet une forte adaptation aux besoins des enfants. Les activités de jeu ou les crèches parentales en revanche sont isolées et ne sont pas soutenues par la commune. A Lugano, la prise en charge familiale est privilégiée mais complétée par une offre publique et un accueil précoce des enfants en milieu scolaire.<sup>33</sup> A l'instar des « Nido d'Infanzia » gérés par les Instituts sociaux communaux, ces services sont toutefois marqués par leur origine assistancielle. Par contraste, à Genève, le réseau urbain est orienté clairement vers l'accueil extrafamilial. Les activités de prise en charge collective sont prioritaires et visent l'autonomi-

<sup>30</sup> Le Seniorenrat de la commune de Frauenfeld se réunit régulièrement et rend des avis sur la plupart des enjeux de politique communale.

<sup>31</sup> Ces procédures sont cependant considérées de façon critique par les acteurs du réseau qui estiment que les avis des organisations représentant le handicap ne sont guère pris en considération.

<sup>32</sup> Ainsi, le rôle des parents dans la gestion de crèches formellement associatives mais *de facto* municipalisées a-t-il progressivement perdu son sens.

<sup>33</sup> Dès 3 ans.

sation des deux parents mais aussi celle des très jeunes enfants amenés à bénéficier ainsi d'une socialisation précoce.

Dans le *domaine du handicap*, la politique de Frauenfeld en appelle aux capacités et aux responsabilités des individus dans une perspective d'activation. Le canton diffuse des référentiels valorisant l'autonomie des personnes handicapées et proclame que tous les invalides devraient pouvoir choisir librement leur mode de vie et d'hébergement.<sup>34</sup> Toutefois, si l'habitat d'autonomie, les ateliers protégés, mais également les activités culturelles sont mises à disposition par des instances privées, elles sont peu soutenues par le public. A Lugano et à Genève, le domaine du handicap est orienté par une volonté d'intégration sociale des personnes (loi de 1979 pour Lugano, loi de 2003 pour Genève)<sup>35</sup> soutenue par des organisations privées qui proposent un accès aux transports, à la culture et aux loisirs. Le réseau genevois accorde une importance historique au modèle des ateliers protégés. De façon générale, la participation au monde du travail est encouragée. Par ailleurs, l'accès à l'espace public est privilégié<sup>36</sup> et des expériences de « désinstitutionnalisation » des personnes susceptibles de vivre en appartements individuels ont été menées dans une optique de promotion de l'indépendance.<sup>37</sup> A Lugano, les approches en terme d'intégration et d'autonomie des personnes sont particulièrement avancées, tant en matière d'intégration professionnelle que d'aide à domicile (budget d'assistance) ou d'accès à l'espace public. Ainsi, une loi concernant la réduction des barrières architecturales plus avancée que le texte fédéral a été adoptée par le canton en 2004.

Enfin, les soins aux *personnes âgées dépendantes* relèvent à Frauenfeld d'une vision plus médicale que sociale du *care* et sont peu tournés vers les

<sup>34</sup> Les documents cantonaux instaurant les *Zielgruppe Verbände* énoncent une série de droits : place en institution, place en atelier protégé, libre choix de leur activité.

<sup>35</sup> Tessin : Loi sur l'intégration professionnelle et sociale des invalides (1979). Particulièrement innovante, elle inclut des mesures relatives à l'emploi, le maintient à domicile, les appartements médicalisés; Genève : Loi sur l'intégration des personnes handicapées (2003). L'Etat encourage l'intégration sociale, scolaire, professionnelle et culturelle (art. 1). Une commission pour l'intégration a aussi été créée.

<sup>36</sup> Voir le travail de l'Association HAU (Handicapé, Architecture, Urbanisme) qui publie notamment un guide de Genève à l'intention des personnes handicapées.

<sup>37</sup> Dans le cadre de la CAVI (Commission d'Accompagnement à une Vie Indépendante) pour le handicap mental.

activités extérieures. Grâce à des coûts fonciers avantageux,<sup>38</sup> le canton Thurgovie possède une offre de homes et institutions privées importante, ouverte sur des prestations de qualité. Les soins à domicile (Spitex) sont aussi développés au niveau local, bien que peu coordonnés au niveau régional et peu soutenus par le canton. Les services de transports ou de loisirs pour personnes âgées en revanche sont très réduits. Sur le modèle du handicap toutefois, le canton diffuse un nouveau référentiel d'autonomie.<sup>39</sup> A Genève et à Lugano par contraste, la politique du *care* traduit une volonté d'intégration des personnes âgées dépendante dans la vie de la cité ; les associations jouent dans cette perspective un rôle important en fournissant une offre diversifiée d'activités sociales et culturelle, particulièrement à Genève. Ce canton développe aussi des structures d'habitation intermédiaires. Dans cette perspective, des réflexions sont en cours afin d'améliorer la mobilité et de dépasser la dichotomie entre espace privé et public dans le logement.<sup>40</sup> L'importance accordée à l'autonomie se traduit par la volonté de développer des services à domicile variés et performants.

#### *Offre de care et parcours de vie à Lugano, Frauenfeld et Genève*

La comparaison des politiques locales du *care* révèle aussi différentes approches *des parcours de vie* des personnes concernées. D'un point de vue différentiel, les opportunités permettant de régler la relation de *care* autrement que dans des rôles bien arrêtés, liés à des critères biologiques (sexe, âge) ou sociaux (revenu, origine) sont plutôt faibles dans les cas de Lugano et de Frauenfeld. La dimension genre, jointe à la dimension générationnelle et liée à l'importance attribuée à la famille dans les politiques du *care* apparaît encore fortement structurante à Lugano (et à Sierre) dans les trois domaines. Progressivement pourtant, les réticences à voir les femmes entrer sur le marché du travail font place au Tessin à une approche

---

<sup>38</sup> Notamment en regard de la situation prévalant dans le canton de Zurich ou dans celui de Saint-Gall.

<sup>39</sup> La commune de Frauenfeld a répondu par un référentiel des politiques du grand âge particulièrement proche et qui s'intitule : « L'âge comme défi » (Stadt Frauenfeld 2004).

<sup>40</sup> Les EMS s'ouvrent sur la cité, et des expériences d'appartement Domino sont lancées (Domicile Nouvelle Option) : appartement intégré dans un immeuble locatif, bénéficiant d'un encadrement médico-social complet, sur le modèle valaisan. Pro Senectute a lancé une expérience collective dans ce sens en été 2005.

plus pragmatique : les prestations tendent à se diversifier<sup>41</sup> et les enjeux de l'égalité sont aujourd'hui à l'agenda politique (un observatoire de la parité a récemment été mis sur pied).

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

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

Enfin dans les trois villes, la dépendance est perçue différemment selon l'âge des personnes concernées. La plus forte segmentation se retrouve à Frauenfeld, où elle est naturelle pour les petits enfants alors que pour les personnes adultes (handicapées ou âgées) le référentiel est orienté vers l'autonomie et la responsabilité. A Genève en revanche, la dépendance est explicitement abordée comme un événement qui peut surgir tout au long

---

<sup>41</sup> Notamment via les nouvelles crèches privées et les associations de parents, soutenues par les collectivités, qui fournissent des services directs (transports, repas, activités sportives et culturelles).

du parcours de vie individuel et auquel le canton, la ville et le monde associatif répondent en fournissant informations et opportunités aux personnes concernées – en fonction de la spécificité de leur situation à chaque moment crucial de ce parcours.<sup>42</sup> Le domaine spécifique du handicap (anciennement centré sur un monde d'adulte) est lui aussi pensé progressivement en termes de parcours de vie. De nouvelles problématiques émergent en effet : comment, à leur majorité, « intégrer » dans le réseau des enfants ayant été pris en charge dans un autre canton, faute de structure adéquate ? Comment gérer le (nouveau) problème du vieillissement des personnes handicapées ? A Lugano, on observe un mélange de ces deux approches – la dépendance des petits enfants et des personnes âgées étant plutôt naturalisée, alors que celles des personnes handicapées a été intégrée dans une réflexion plus inclusive (intégration des enfants par exemple).

### **Les politiques suisses du *care* : trois types de gouvernement de la vie**

Sur la base de ces résultats, trois modèles de politiques du *care* peuvent être reconstruits selon la méthode wébérienne d'élaboration d'un type idéal. La comparaison part des résultats empiriques et suit une logique combinatoire. Elle repose dans un premier temps sur l'analyse des réseaux de *care*, qui révèle trois configurations cohérentes quant aux types d'acteurs qui interviennent dans le champ et à leurs principales relations. Ainsi, le groupe *Sierre-Lugano* se caractérise par une présence forte des acteurs publics. L'Etat est un acteur fortement structurant du *care*, y compris du bénévolat. Le réseau est intégré et les acteurs conduisent souvent des activités polyvalentes. *Bâle, Genève, Fribourg* sont des cas intermédiaires : l'intervention publique est moins importante, la prise en charge du *care* est déléguée à un secteur associatif professionnalisé. Le réseau est moyennement intégré. Les acteurs sont en général peu polyvalents dans leurs activités, à l'exception du cas de Genève. *Frauenfeld* est le cas le plus privatisé. La prise en charge est réalisée prioritairement par l'associatif et les acteurs marchands. L'Etat est peu présent et le réseau est faiblement intégré.

Il s'agit maintenant d'approfondir notre compréhension de ces groupes de réseaux en recourant aux résultats qualitatifs concernant les instruments et leur signification, ainsi que la manière dont l'offre concrète de *care* vient

---

<sup>42</sup> Le site [www.famille-geneve.ch](http://www.famille-geneve.ch) géré depuis 2001 par l'organisation Pro Juventute sur mandat du canton organise ainsi les informations selon le parcours de vie des personnes.

normer la vie et son parcours. De ce point de vue, les études de cas approfondies permettent de souligner les traits les plus saillants des politiques de Frauenfeld, Genève et Lugano – traits compatibles avec leur groupe respectif – et d'exacerber les singularités, en faisant abstraction des dissonances et contradictions non structurelles.

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

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

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

Dans un effort d'abstraction, on peut identifier sur cette base trois modèles de biopolitiques du *care* (Tableau 1). Ces modèles sont constitués par des relations spécifiques entre des éléments souvent traités isolément ou opposés terme à terme dans les discussions publiques. Il s'agit du modèle de l'Assistance (Lugano, Sierre), du modèle de la Responsabilisation

(Frauenfeld) et du modèle Réflexif (Genève, Bâle). Leur caractère abstrait les déconnecte des cas empiriques qui ont servi à leur élaboration, mais facilite la discussion normative des alternatives politiques.

### *Le modèle de l'Assistance*

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

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

Les points forts du modèle de l'Assistance résident dans le caractère unifié de son approche du *care* et la valorisation sociale du soin aux personnes dépendantes. Ces situations sont conçues comme des facteurs d'in-

tégration des parcours de vie : elles permettent l'exercice des solidarités entre les membres des communautés primaires et entre les âges. Les trois réseaux de prestation de *care* sont intégrés dans une relation paternaliste à l'Etat, qui devient alors la forme institutionnelle et politique du communautarisme social primaire. Ce modèle porteur d'une vision cohérente est cependant lourd de risques d'exclusion et d'inégalités devant les appartenances sociales, de genre ou communautaires. Il restreint également la diversité possible des trajectoires et des modes de vie individuels.

### *Le modèle de la Responsabilisation*

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

L'inscription sociale des parcours de vie est fixée par cette conception politique des droits et devoirs de chacun. L'action publique s'appuie en effet sur le modèle de l'individu capable d'acquiescer sur le marché les facteurs de son bien-être. La seule situation visible et valorisée du parcours de vie est donc celle de l'âge adulte. Ainsi, le petit enfant n'est pas un destinataire de l'action publique ; son autonomisation n'est pas non plus un objectif : il est pratiquement absent de la sphère publique. A l'autre extrémité du parcours de vie, la personne âgée est considérée uniquement dans la mesure où elle joue un rôle de citoyen actif, qui peut et doit contribuer positivement à la société.

Le principe de la subsidiarité règle l'ordonnancement des relations au sein du réseau de prestation, ainsi que vis-à-vis des personnes concernées. Les individus sont compris comme des êtres autonomes, membres de communautés familiales, puis de communautés bio-sociales.<sup>43</sup> Ils doivent d'abord chercher assistance auprès d'elles, ou se tourner vers le marché. Une fois seulement que les ressources de ces appartenances sont épuisées,

---

<sup>43</sup> En référence au concept de bio-socialité présenté dans la seconde partie.

la confrontation entre l'individu et l'Etat peut débiter. Ce dernier fait alors usage d'instruments intrusifs quant à la situation personnelle, notamment financière, des individus qui sollicitent son intervention – prestation en nature ou soutien financier. Le politique s'appuie enfin sur des instruments de type cognitif qui diffusent les bonnes pratiques individuelles directement auprès des citoyens et de relais associatifs. Ces normes – de prévention sanitaire par exemple – élaborées en collaboration avec des représentants associatifs et des acteurs marchands, sont au cœur du processus de responsabilisation : l'Etat délègue des capacités de co-production de normes, mais retire son engagement vis-à-vis d'individus qui se voient imputés la charge de leur bien-être. Enfin, puisque le marché joue un rôle éminent dans l'ordonnement des relations entre prestataires et destinataires du *care*, l'Etat apporte une attention toute particulière à la définition de normes de qualité en la matière. Il recourt alors à des instruments de régulation du marché, caractéristiques du régime libéral.

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

### *Le modèle de la Réflexivité*

Ce modèle est centré sur la valorisation de l'autonomie individuelle à chaque étape du parcours de vie – petits enfants, adultes, adultes handicapés, adultes avec enfants, personnes âgées dépendantes. Les périodes critiques et les transitions dans les parcours de vie sont considérées comme des moments de choix. De façon réflexive,<sup>44</sup> les politiques s'efforcent de soutenir les conditions d'exercice de ce choix et de s'adapter aux transformations du contexte social ou économique.

L'autonomie aux différents âges et dans le cadre des différentes situations de vie est un objectif explicite de l'action publique. Le *care* fait l'objet d'un traitement et de réflexions collectives explicites. Pour autant, la poli-

<sup>44</sup> Ce concept fait référence à celui d'Etat réflexif de Helmut Wilke (1992).

tique en la matière n'est pas forcément dénuée d'ambivalence : d'une part, en garantissant des prestations publiques, elle contribue à libérer les individus des relations privées induisant de la dépendance; d'autre part, elle tend à faciliter l'exercice même de la relation de *care* dans le contexte privé. De fait, la question de l'ambivalence sociale n'est pas censée être résolue au niveau politique, mais au niveau des relations individuelles. En l'espèce, le concept d'autonomie concerne aussi bien le destinataire que le prestataire de soin. Les dispositifs valorisés sont ceux qui ouvrent des opportunités de vie à l'un et à l'autre (pour une mère ou un père, l'option « rester à la maison » ayant une valeur théoriquement équivalente à l'option « travailler à 100% » ou à « partager soin et travail avec son conjoint »). Ces choix sont supposés être discutés par les personnes concernées, adaptés au contexte et, de ce fait, adéquats.

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

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

Tableau 1 : Politiques du care en Suisse : trois modèles

	Définition de la vie			
	Ambivalence sociale		Parcours de vie	
	Autonomie/ Dépendance	Vie intime/ Sociale	Âges de la vie et rôles sociaux	Types de trajectoires
Modèle de l'Assistance	Dépendance <i>Care giver</i> et <i>Care receiver</i>	Inscription du vécu dans l'intimité	Dépendance comme donnée du parcours de vie	Uniformité des parcours ; contexte contraignant
	Choix restreints	Espace privatif	Rôles d'aidants déclinés selon âge; lien inter-généra- tions fort	Contraintes explicites sur les femmes
	Responsabilité du conjoint, de la famille ou de la communauté		Concept de care englobant	Dépendance à l'Etat stigmatisée
Modèle de la Responsabilisation	Autonomie des individus adultes	Dimension sociale du vécu	Dépendance comme interruption du parcours de vie	Développement et maintien de l'autonomie
	Capacité de choix importante	Espace privatif intégrant des prestations privées	Focalisation âge adulte; liens inter- génération faibles	Liberté de choix formelle
	Responsabilité individuelle		Care peu formalisé	Contraintes sur les femmes et les faibles revenus
Modèle Réflexif	Equivalence des situations d'autonomie et de dépendance	Mixités entre vie intime-vie sociale	Dépendance comme risque dans parcours de vie (normalisé)	Pluralité des trajectoires
	Capacité de choix importante	Nouveaux espaces mixtes	Déconnexion rôles et âges	Opportunités
	Responsabilité sociétale		Concept de care différentié	Pas de discrimination par revenu ou genre

Tableau 1(suite) : Politiques du care en Suisse : trois modèles

Gouvernement de la vie					
		Welfare mix		Gouvernementalité	
		Acteurs du réseau	Règle dans le réseau	Instruments	Rationalité
Modèle de l'Assistance	Prestations familiales, voisinage		Assimilation bureaucratique	Prestations publiques résiduelles, conditionnelles	Loyauté (familiale ou communautaire)
	Offre publique résiduelle, peu diversifiée. Bénévolat organisé		Régulation communautaire ou étatique subsidiaire	Allocations d'assistance	et assistance publique
	Hiérarchie Canton-Commune		Cartellisation des initiatives privées	<i>New Public Management</i>	Prestations organisées en soutien aux proches
Modèle de la Responsabilisation	Prestations <i>for profit</i>		Assimilation (marchande ou bureaucratique)	Contrôle de qualité	Rapports marchands
	Réseau privé diversifié, bénévolat casuel		Délégation à des groupes privés	Règlements sanitaires	Prestations org. alternative à celles des proches
	Offre communale correctrice		Implication/ responsabilisation des organisations	Surveillance/ Sanction	
Modèle Réflexif	Réseau mixte		Coopération	Information, coordination recherche	Contrat Partenariat
	Diversifié, professionnel		Mise en réseau	Incitation, animation	Prestations organisées en complément, synergie avec celles des proches
	Synergies canton-commune		Régulation démocratique ; participative et expérimentale	Action sur le contexte	

## Conclusion

Le domaine de *care*, entendu comme l'ensemble des activités, des relations et des représentations liées à la prise en charge des dépendances, peut être analysé dans le cadre du développement moderne d'un pouvoir sur la vie. En Suisse, cette approche des politiques publiques s'inscrit en complément de l'analyse des institutions (Bertozzi et al. 2005) ou des parcours de vie (Sapin et al. 2007). En effet, la prise en compte de la petite enfance, du handicap et du grand âge permet d'identifier un champ de pouvoir spécifique, organisé autour de la définition et de la conduite de la vie vécue. Le biopouvoir ne se résume donc pas à un gouvernement des corps ou à un contrôle des frontières du vivant. Il contribue aussi à façonner l'existence individuelle dans sa dimension sociale et ce de deux façons principales.

D'une part, les politiques locales reposent sur de nouveaux modes de gouvernementalité, qui ne mobilisent pas la dimension répressive (ou négative) du pouvoir, mais un appareil relationnel et incitatif visant à *produire* les comportements attendus. Ainsi, la régulation de réseaux d'acteurs intermédiaires entre l'Etat et la société vise une intervention de niveau *meso*, permettant de cadrer la relation entre personne dépendante et aidante, dans ses modalités symboliques et concrètes, selon les contextes particuliers. Quant à la structuration de ces relations, elle ne relève pas de la discipline, mais de mesures d'incitation (financières par exemple) et de l'élaboration des subjectivités individuelles. Des types d'intégration distincts sont toutefois décelables selon les rapports entre Etat et individu. Dans le modèle de l'Assistance, l'Etat réduit son rôle à la prise en charge des personnes en difficulté, qu'il contribue à inscrire dans un parcours de l'échec. Paternalistes, les aides appellent une part de loyauté du sujet. Dans le modèle de la Responsabilisation, l'Etat surveille les activités du marché du *care* et traite avec des citoyens adultes, qu'il charge de la responsabilité de leur position et de leur destinée. La subjectivation passe ici par l'intégration de l'individu dans un jeu dont les règles sont fixées par le politique. Enfin, dans le modèle de la Réflexivité, l'Etat s'investit dans un partenariat avec le monde associatif et avec le marché, afin de garantir une offre en adéquation avec la demande sociale et individuelle. Les modes de subjectivation s'inscrivent dans des processus délibératifs, les personnes concernées définissant elles-mêmes les aspects relationnels de leur existence.

D'autre part, les politiques du *care* adressent ces subjectivités dans leur contenu en définissant les normes de la bonne vie et de son parcours. Ainsi, la façon dont se résolvent les tensions entre autonomie et dépendance ou

entre vie privée et publique renvoie à différents vécus relationnels. Dans le modèle de l'Assistance, une personne dépendante mobilisera ses relations de proximité de manière à assurer la satisfaction de ses besoins physiologiques, d'intimité et d'appartenance à une communauté et les aidants se sentiront « naturellement » responsables de leurs proches ou coupables « d'abandon ». Dans le modèle de la Réflexivité, on attendra de la même personne qu'elle minimise ses relations interpersonnelles de dépendance et maximise son potentiel d'autonomie en ouvrant son existence à des réseaux de socialité plus larges, notamment professionnels. Par ailleurs, le domaine du *care* renvoie aussi à des rôles socialement valorisés en fonction de l'âge, qui se différencient selon les appartenances sociales des individus. La dimension genre se révèle ici cruciale. Dans le modèle de l'Assistance, il existe un parcours de vie féminin centré sur le *care*, dont l'existence même structure le vécu des personnes selon leur sexe. Dans le modèle de la Réflexivité au contraire, le parcours de vie n'est pas connoté en termes de genre ; la trajectoire des femmes comme celles des hommes connaît une succession de bifurcations dont la direction n'est pas prédéterminée. Dans le cas de la Responsabilisation, la liberté de choix formelle est biaisée par un processus de responsabilisation individuelle adressé aux femmes – qui pénalise les bas revenus.

Dans l'ensemble, cette analyse montre que des formes bien différenciées de gouvernement de la vie sont aujourd'hui explorées localement dans le cadre des politiques du *care*, bien que ces alternatives ne fassent que rarement l'objet de délibérations explicites. Si tous ces modèles ont été mis en place dans un contexte social complexe et dynamique, d'un point de vue normatif, seul le modèle Réflexif révèle une société en quête d'expérimentations, respectueuse de son haut niveau de différenciation et capable de déconstruire ses propres normes pour les soumettre à la discussion publique. Dans les autres cas, les arrangements sont trop univoques, homogènes ou peu soucieux des inégalités réelles et des attentes spécifiques pour ouvrir des opportunités de vie et de prise de parole au moins équitables aux différents individus, groupes sociaux, groupes d'âges ou genre. On l'a vu, la politique du *care* est confrontée aujourd'hui à une demande croissante et à une contestation des rapports de pouvoirs institués, qui se manifestent dans la multiplication des parcours et des normes de la « bonne vie ». Les sociétés capables d'affronter explicitement ce phénomène se dotent des moyens de concilier biopolitique et exigence démocratique.

## Références

- Agamben, G. (1997). *Homo sacer : Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris : Le Seuil.
- Anttonen, A. et J. Sipilä (1996). European Social Care Services : Is It Possible to Identify Models ? *Journal of European Social Policy* 6(2) : 87–100.
- (2005). Comparative Approaches to Social Care : Diversity in Care Production Modes. Dans Pfau-Effinger B. et B. Geissler (dirs.), *Care and Social Integration in European Societies*. Bristol : Policy Press : 115–34.
- Attias-Donfut, C. (dir.), (1995). *Les Solidarités entre générations : Vieillesse, famille, Etat*. Paris: Nathan.
- Bertozzi, F., Bonoli G. et B. Gay-des-Combes (2005). *La réforme de l'Etat social en Suisse : Vieillesse, emploi, conflit travail-famille*. Lausanne: Presse polytechniques et universitaires romandes.
- Bettio, F. et J. Plantenga (2004). Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics* 10(1) : 85–113.
- Bode, I. (2006). Disorganized Welfare Mixes : Voluntary Agencies and New Governance Regimes in Western Europe. *Journal of European Social Policy* 16(4) : 346–59.
- Bonoli, G. (2004). Switzerland : Negotiating a New Welfare State in a Fragmented Political System. Dans Taylor-Gooby, P. (dir.), *New Risks : New Welfare*. Oxford : Oxford University Press (157–80).
- Bonoli, G. et F. Bertozzi (dirs.), (2008). *Les nouveaux défis de l'Etat social. Neue Herausforderungen für den Sozialstaat*. Lausanne et Berne : Presses polytechniques et universitaires romandes et Haupt.
- Bunton, R. et A. Petersen (dirs.), (2005). *Genetic Governance : Health, Risk and Ethics in the Biotech Era*. London : Routledge.
- Bureau, V, Theobald, H. et R. Blank (2007). *Governing Home Care : A Cross-National Comparison*. Cheltenham : Edward Edgar.
- Bütschi, D. et S. Cattacin (1994). *Le Modèle Suisse du bien-être : Coopération conflictuelle entre Etat et société civile : le cas de l'alcoolisme et du hiv/sida*. Lausanne : Réalité Sociale.
- Cavalli, S., Bickel, J.-F. et C. Lalive d'Epiney (2007). Exclusion in the Very Old Age : The Impact of Three Critical Life Events. *International Journal of Ageing and Later Life* 2(1) : 9–31.

- Daly, M. et J. Lewis (2000). The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States. *British Journal of Sociology* 51(2) : 281–98.
- Daly, M. et K. Rake (2003). *Gender and the Welfare State*. Cambridge: Polity Press.
- Dean, M. (1999). *Governmentality : Power and Rule in Modern Society*. London : Sage.
- Elder, G. (1994). Time, Human Agency, and Social Change : Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly* 57(1) : 4–15.
- Elias, N. (1988). *La solitude des mourants : Suivi de vieillir et mourir, quelques problèmes sociologiques*. Paris : Agora Pocket.
- England, P. (2005). Emerging Theories of Care Work. *Annual Review of Sociology* 31 : 381–99.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Les trois économies politiques de l'Etat providence*. Paris : PUF.
- (2002). *Why We Need A New Welfare State*. Oxford : Oxford University Press.
- Esping-Andersen, G. et B. Palier (2008). *Trois leçons sur l'Etat-Providence*. Paris : Seuil.
- Evers, A. (1990). Shifts in the Welfare Mix : Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy. Dans Evers, A. et H. Wintersberger (dirs.), *Shifts in the Welfare Mix*. Frankfurt : Campus (7–29).
- Evers, A. et I. Svetlik (dirs.), (1993). *Balancing Pluralism : New Welfare Mixes in Care for the Elderly*. Aldershot : Avebury.
- Fassin, D. et D. Memmi (2004). Le gouvernement de la vie, mode d'emploi. Dans Fassin, D. et D. Memmi (dirs.), *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (9–33).
- Folbre, N. (2001). *The Invisible Heart : Economic and Family Values*. New York : New Press.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*. Volume 1. La volonté de savoir. Paris : Gallimard.
- (2004). *Naissance de la biopolitique*. Cours au collège de France 1978–79. Paris: Gallimard.
- Fraser, N. et L. Gordon (1997). A Genealogy of « Dependency ». Dans Fraser, N., *Justice Interruptus*. New York : Routledge (121–49).
- Gilligan, C. (1982). *In A Different Voice*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.

- (2008). *Une voix différente : Pour une éthique du care*. Paris : Flammarion.
- Giraud, O. et B. Lucas (2007). Jeux d'échelles et référentiels d'action publique : la cantonalisation des politiques du handicap en Suisse. Dans Faure et al. (dirs.), *L'action publique et les changements d'échelles : Les nouvelles focales du politiques*. Paris: L'Harmattan (147–66).
- (2009). Le renouveau des régimes de genre en Allemagne et en Suisse : Bonjour « néo-maternalisme » ? *Cahiers du Genre* 46 : 17–46.
- Hantrais, L. et M.-T. Letablier (1996). *Famille, travail et politiques familiales en Europe*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Hardt, M. et A. Negri (2000). *Empire*. Paris : Ed. Exils.
- Hernes, H. (1987). *Welfare State and Woman Power*. Oslo : Norwegian University Press.
- Hochschild, A.-R. (1983). *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*. Berkley : **University of California Press**.
- Jenson, J. et M. Sineau (dirs.), (1998). *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*. Paris : LGDJ.
- Kellerhals, J. et E. Widmer (2005). *Familles en Suisse : Les nouveaux liens*. Lausanne : Presse Polytechnique et Universitaires romandes.
- Knijn, T. et M. Kremer (1997). Gender and the Caring Dimension of Welfare States : Towards Inclusive Citizenship. *Social Politics* 4(3) : 328–61.
- Kümpers, S. (2005). *Steering Integrated Care in England and the Netherlands : The Case of Dementia Care*. Maastricht : University of Maastricht, Department of Health Organisation, Policy and Economics.
- Lascoumes, P. (2004). La Gouvernamentalité : De la critique de l'État aux technologies du pouvoir. *Le Portique* 13–14. En ligne : <http://leportique.revues.org/document625.html> [consultée le 29.06.2009].
- Lascoumes, P. et P. Le Galès (2004). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Science Po.
- Lebihan-Youinou, B. et C. Martin (dirs.), (2008). *Concilier vie familiale et vie professionnelle en Europe*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Letablier, M.-T. (2001). Le travail centré sur autrui et sa conceptualisation en Europe. *Travail, Genre et Société* 6 : 19–39.
- Letablier, M.-T. et I. Jönsson (2005). Caring for Children : The Logics of Public Action. Dans Gerhart, U., Knijn, T. et A. Weckwert (dirs.),

- Working Mothers in Europe : A Comparison of Policies and Practices*. Cheltenham, UK : Edward Elgar (41–57).
- Levy, R. (2006). Particulière, singulière ou ordinaire ? La régulation suisse des parcours de vie sexués. Dans Eberle, T. et K. Imhof (dirs.), *Sonderfall Schweiz*. Zürich : Seismo (226–47).
- Lewis, J. (dir.), (1993). *Women and Social Policies in Europe : Work, Family and the State*. London : Edward Elgar.
- (1998). *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. London : Ashgate.
- Lucas, B. (2010). La médiation pour promouvoir la santé : L'exemple de la maladie d'Alzheimer. *Nouvelles Pratiques Sociales* 21(2) : 109–23.
- Lüscher, K. (2002). Ambivalence : A Key Concept for the Study of Inter-generational Relations. Dans Tranka, S. (dir.), *Family Issues Between Gender and Generations*. Seminar Report. Luxembourg : European Communities (11–25).
- Lyon, D. et M. Glucksmann (2006). Comparative Configuration of Care Work Across Europe. *Sociology* 42 : 101–18.
- Martin, C. (dir.), (2003). *Les personnes âgées dépendantes : Quelles politiques en Europe ?* Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- (2008). Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions. *Revue française de socio-économie* 2(2) : 27–42.
- Mayer, K.-U. (2004). Whose Lives ? How History, Societies, and Institutions Define and Shape Life Courses. *Research in Human Development* 1(3) : 161–87.
- Mayer, K.-U. et U. Schoepflin (1989). The State and the Life Course. *Annual Review of Sociology* 15 : 187–209.
- Memmi, D. (2000). Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps. *Revue française de science politique* 50(1) : 3–20.
- (2004). Administrer une matière sensible. Dans Fassin, D. et D. Memmi, *Le gouvernement des corps*. Paris : Edition de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (135–54).
- Nicole-Drancourt, C. (dir.), (2009). *Conciliation travail-famille : Attention travaux*. Paris : L'Harmattan.
- Oorscot, W. et B. Hvinden (dirs.), (2001). *Disability Policies in European Countries*. The Hague : Kluwer Law International.
- Orloff, A. (1993). Gender, and the Social Rights of Citizenship : The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States. *American Sociological Review* 58(3) : 303–28.

- Pavolini, E. et C. Ranci (2008). Restructuring the Welfare State : Reforms in Long-Term Care in Western European Countries. *Journal of European Social Policy* 18(3): 246–59.
- Pfau-Effinger, B. (2005). Development Path of Care Arrangements in the Framework of Family Values and Welfare Values. Dans Pfau-Effinger, B. et B. Geissler (dirs.), *Care and Social Integration in European Societies*. Bristol : Policy Press (21–45).
- Rabinow, P. (1996). Artificially and Enlightenment : From Sociobiology to Biosociality. Dans Rabinow, P., *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton, NJ : Princeton University Press (91–111).
- Rabinow, P. et N. Rose (2003). Thoughts on the Concept of Biopower Today. Unpublished paper. En ligne : <http://www2.lse.ac.uk/sociology/pdf/RabinowandRose-BiopowerToday03.pdf> [consultée le 26.01.2010].
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture and Society* 18(6): 1–30.
- Rostgaard, T. (2002). Caring for Children and Older People in Europe : A Comparaison of European Policies and Practice. *Policy Studies* 23(1) : 51–68.
- Rothmayer, C. et F. Varone (2003). Debate : « Biopolitics » and the Missing Political Scientists. *Swiss Political Science Review* 8 (3/4) : 129–55.
- Sainsbury, D. (1994). *Gendering Welfare States*. London : Sage.
- Sapin, M., Spini, D. et E. Widmer (2007). *Les parcours de vie : De l'adolescence au grand âge*. Lausanne : Le savoir Suisse.
- Sevenhuijsen, S. (2003). The Place of Care : The Relevance of the Feminist Ethic of Care. *Feminist Theory* 4(2) : 179–97.
- Streeck, W. et P. Schmitter (1985). Community, Market, State and Associations : The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order. Dans Streeck, W. et P. Schmitter (dirs.), *Private Interests Government*. London : Sage (1–29).
- Theobald, H. (2005). Social Exclusion and Care for the Elderly : Theoretical Concepts and Chancing Realities in European Welfare States. Berlin : *WZB Discussion Paper* No. SP I 2005-301. En ligne : <http://skylla.wzb.eu/pdf/2005/i05-301.pdf> [consultée le 08.02.2010].
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries : A Political Argument for an Ethic of Care*. London : Routledge.
- (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*. Paris : Editions La Découverte.

- Widmer, E., Levy, R., Pollien, A., Hammer, R. et J.-A. Gauthier (2003).  
Between Standardisation, Individualisation and Gendering : An Analysing of Personal Life Courses in Switzerland. *Revue Suisse de Sociologie* 29(1) : 35–67.
- Wilke, H. (1992). *Ironie des Staates*. Frankfurt : Suhrkamp.

**Care Policy as Government of Life :  
A Typology of Local Practices in Switzerland**

The concept of *care* refers to the activities and relationships through which various groups of dependent people (young children, the elderly and people with a disability) are taken charge of. On the basis of the Swiss case, this article sustains the hypothesis that local *care* policies participate in the governance of life. The first, theoretical part of the article links the concept of *care* to a contemporary form of bio-power, namely to the regulation of the social dimension of life. It then presents an analytical framework for the comparison of particular public policies under the angle of bio-politics. In the second, empirical part of the article. It compares the *care* policies of six localities in Switzerland. On this basis, it identifies three ideal-types of governance of life and discuss their normative implications.

**Care Policies als Regulierung des Lebens :  
Eine Typologie der Praxis in Schweizer Städten**

Das Konzept des « *care* » bezieht sich auf die Aktivitäten und Beziehungen, die für die Pflege und Betreuung verschiedener Gruppen abhängiger Menschen (kleine Kinder, ältere und behinderte Menschen) notwendig sind. Aufgrund des Falles der Schweiz stellt dieser Artikel die Hypothese auf, dass die *Care* Politiken zur Regulierung des Lebens beitragen. Der erste, theoretische Teil stellt das Konzept des « *care* » in den Zusammenhang einer heutigen Form der Bio-Macht, als eine Regulierung der sozialen Dimension des Lebens. Anschliessend wird ein theoretischer Rahmen für den Vergleich von konkreten Politiken aus der Perspektive der Bio-Politik präsentiert. Der zweite, empirische Teil, vergleicht *Care* Policies in sechs Schweizer Städten. Aufgrund dieser Analyse werden drei Idealtypen der Regulierung des Lebens identifiziert und deren normative Implikationen diskutiert.

---

*Barbara Lucas* est chercheuse au RESOP et enseignante au Département de Science Politique de l'Université de Genève dans le domaine des politiques sociales comparées et du genre. Ses travaux portent sur les politiques de la dépendance (drogues, alcool) ainsi que les politiques du care. Elle mène actuellement une recherche sur la prise en charge des malades Alzheimer en Suisse.

*Adresse pour correspondance* : Département de Science Politique, Université de Genève, 40 Pont d'Arve, CH-1205 Genève, Suisse. Tél. : +41 (0)22 379 89 52 ; E-mail : barbara.lucas@unige.ch.

