

Le *care*, au fondement du sanitaire et du social

■ L'éthique du "care" nous invite à fonder un concept d'autonomie qui ne soit pas découplé de celui de la vulnérabilité ■ Issue initialement d'une approche genrée de la morale dite "féminine", la notion de "care" est devenue plus extensive pour définir un modèle de justice plus complexe, susceptible de montrer qu'il n'existe pas de monde habitable hors de la question du "souci" : autrement dit, qu'il n'est habitable qu'à la condition d'avoir été préalablement, et continuellement, l'objet d'un soin.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – care ; éthique ; responsabilité ; soin

Care, at the foundation of healthcare and social care. *The ethics of 'care' invites us to found a concept of autonomy which is not disconnected from that of vulnerability. Originally arising from a 'feminine' gendered approach to morality, the notion of 'care' has become more extensive to define a more complex model of justice, inclined to show that there is no habitable world which does not involve the question of 'concern': in other words, it is only habitable on the condition of having been previously, and continuously, taken care of.*

Keywords – care; ethics; responsibility

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS

La notion de "care" est apparue chez la philosophe Carol Gilligan (1982) [1] pour décrire les critères des choix moraux des femmes, censés être différents de ceux des hommes, dans la mesure où ils relèveraient d'un altruisme plus renforcé. Les femmes préféreraient agir selon des motivations privilégiant la qualité des interactions sociales et non strictement selon une approche formelle des droits et/ou des intérêts. Dès lors, la question devient aussi celle de la préservation des relations humaines en jeu. « Comprendre comment la tension entre les responsabilités et les droits entretient la dialectique du développement humain, c'est voir l'intégrité de deux formes d'expérience dissemblables qui finissent par se rejoindre. Alors que l'éthique de justice est fondée sur le principe de l'égalité – doit être traité de la même manière –, l'éthique du care repose sur le précepte de la non-violence – il ne doit être fait

de tort à personne. » [1] Le "care" se présente comme la « capacité de prendre soin d'autrui » [1], et n'est pas sans rappeler un spectre définitionnel très large, allant de l'éthique jurisprudentielle (Aristote [2]) à la notion de "care", chez Donald Woods Winnicott (1970), définissant la relation, l'attention, la confiance dont le traitement (*cure*) a besoin pour être le plus opérationnel possible [3].

■ Dans les années 1990, Joan Tronto fait un pas de plus, pour ouvrir la définition du *care* et la présenter ainsi : « Activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie. » [4] L'éthique du *care* n'est alors plus strictement féminine mais elle

renvoie à la spécificité humaine, à sa capacité primordiale de créer un monde "habitable" qui, sans cette activité créative et relationnelle, ne le serait nullement. Le fait de présenter cette éthique comme une "activité", un travail, est également important car il dénature aussi celle-ci, en ne la réduisant pas seulement à la nature des femmes, mais en la faisant relever de l'essence humaine en tant que telle, qui est celle de "transformer" le monde par son œuvre, autrement dit par son travail.

■ L'autonomie n'est nullement une toute-puissance, mais la conscientisation de sa "puissance d'agir" au sens de "capacité d'agir". Paul Ricoeur définit clairement, d'ailleurs, la notion de souffrance, ainsi : « La souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire,



LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- La fonction soignante en partage
- Agir avec compassion, penser un soin (en) commun
- Quelle place pour la vieillesse dans notre société ?
- La maltraitance des étudiants à l'hôpital
- La simulation en santé pour mieux soigner
- La santé au travail en Chine, une préoccupation naissante
- Après un cancer, le rétablissement dans les parcours de soins
- Le *care*, au fondement du sanitaire et du social

CYNTHIA FLEURY

Professeur associé
Mines-ParisTech

École des Mines de Paris
(Mines-ParisTech),
60, boulevard Saint-Michel,
75005 Paris, France

Adresse e-mail :
cynthia.fleury@mines-
paristech.fr (C. Fleury).



© XPRZY/stock.adobe.com

L'éthique du *care* installe une relation dont la qualité est apte à restaurer une part de l'autonomie, précisément par la prise en considération de la vulnérabilité.

ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi [...] C'est peut-être là l'épreuve suprême de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange. » [5] Dès lors, l'éthique du *care* installe une relation dont la qualité est apte à restaurer une part de cette autonomie, précisément par la prise en considération de la vulnérabilité. Un premier pas vers cette restauration passera d'ailleurs par la confiance que la personne sera capable, grâce à l'aide reçue, de mettre dans sa puissance d'agir. « Croire que je peux, c'est déjà être capable », écrit Paul Ricoeur [6], rappelant ainsi qu'au cœur de l'autonomie, le concept d'« identité narrative » [5] est essentiel pour, précisément, être capable de lier ensemble autonomie et vulnérabilité, traverser les épreuves, en faire un récit de soi ne venant pas altérer la personnalité mais, à l'inverse, la densifier.

LE DÉNI DU CARE

■ **L'analyse de Joan Tronto** est également importante pour comprendre comment la société organise l'invisibilité d'une dépendance commune au soin. Il n'y a pas ceux qui sont autonomes et indépendants d'une part, *versus* ceux qui seraient dépendants et vulnérables. Les individus sont tous autonomes et vulnérables, interdépendants, mais certains peuvent rendre "invisible" cette dépendance, dans la mesure où ils vont faire peser sur autrui le soin d'assumer leurs propres dépendances, notamment grâce à l'argent. La charge du *care* n'est pas également répartie entre les individus et les "pourvoyeurs" de *care* sont souvent déconsidérés. « Dans notre société, la valeur sociale du travail de soin est déterminée non seulement par sa faible rémunération et son faible prestige, mais aussi par sa nature instrumentale. Une grande partie

des soins n'a de valeur que dans la mesure où ils permettent à ceux dont les besoins sont les plus complètement satisfaits de poursuivre d'autres fins. » [4] Le *care* n'est donc pas une prédisposition naturelle, celle des femmes, mais une activité absolument nécessaire pour le bon fonctionnement de la société, par ailleurs totalement dévalorisée pour permettre aux plus dominants socialement de masquer leur interdépendance structurelle.

■ **Dès lors, prendre en compte la question du care devient essentiel** pour penser un modèle de justice sociale qui ne soit pas purement formel, mais apte à déconstruire les instrumentalisation dont il pourrait faire l'objet. La domination sociale peut aussi se définir ainsi, comme le fait de faire supporter par d'autres – sans aucune forme de réciprocité liée strictement au *care* –, le *care* dont nous avons besoin pour vivre. « *Le fait de maintenir dans l'invisibilité le travail de care et ceux (notamment celles) qui s'y adonnent, constitue un déficit de réciprocité démocratique, lequel contribue à produire les déficits de care relevés précédemment. Ils reposent, in fine, sur la non-reconnaissance du travail de care et du poids qu'il représente pour les subjectivités en présence. Ici aussi, le care délégué peut devenir un care relégué dont la négligence repose non pas sur un processus individuel, voire sur des pratiques déviantes d'un groupe professionnel peu ou mal formé, mais bien plutôt sur le choix politique qui organise l'ensemble du système de santé.* » [7]

LE PARADOXE DU CARE : VISIBILITÉ ET INVISIBILITÉ

■ **Il faut néanmoins noter l'ambivalence de la notion de care.** Il est en effet tout à

fait scandaleux que le *care* et ses agents, autrement dit, tous ceux qui proposent des soins pour rendre plus capacitaires ceux qui sont définis comme vulnérables par la société, soient à ce point déconsidérés, peu rémunérés, voire marginalisés comme le sont ceux auxquels ils portent leurs soins. Notons d'ailleurs que ceux qui sont identifiés pour soigner "l'aigu" ne subissent pas le même sort dépréciatif que ceux qui traitent du chronique, du durable, du quotidien, du laborieux.

« *Quand le travail visant l'autonomisation s'inscrit dans la durée auprès d'une même personne ou groupe (processus thérapeutique, de remédiation, de compensation ou d'éducation), il constitue, pour un certain nombre de professionnels, le "sale boulot" du secteur concerné. La hiérarchie entre secteurs tend à s'opérer aussi en fonction des délégations du travail de care qui dure, qu'il soit articulé à des soins curatifs ou éducatifs. [...] Nous ne sommes plus uniquement dans l'urgence valorisée de la réponse rapide apportée à un besoin bien circonscrit.* » [7]

■ **La qualité de "discrétion" n'est pas uniquement déficitaire**, mais également essentielle pour définir la qualité du *care*. Ce n'est d'ailleurs pas sans rappeler le principe de discrétion dont doit faire preuve le médecin : « *Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas* » (Serment d'Hippocrate). Ici, la notion de discrétion définit également autre chose. Certes, il y a ce qui relève du "don", autrement dit, un *care* naturalisé, dont il faut

veiller à se détacher si nous voulons reconnaître socialement la dimension nécessaire et structurelle du *care*. Assimiler le *care* au don, le naturaliser, le féminiser, le "domestiquer" (le faire relever de la sphère privée ou domestique) sont autant de manières de rendre invisible la dette qui est due au *care*, et faire en sorte que tout cela soit gratuit et donc non reconnu en termes de valeur-travail.

■ **Pour autant, et c'est là la complexité du care**, « *la discrétion de ces tâches est d'autant plus*

Il fait partie du soin que celui qui soigne le fasse en toute discrétion et humilité, sans appuyer sur l'aide qu'il apporte aux plus vulnérables

cruciale qu'elles opèrent au cœur même de l'intime et de la vulnérabilité de chacun, là où les défaillances se révèlent – l'intervention doit effacer son caractère intrusif, le rendre aussi discret que possible et taire ce qui a été aperçu de la vie de l'autre, de ses travers intimes, de sa dépendance propre » [8]. Trouver la juste mise en visibilité n'est pas simple. Autrement dit, il fait partie du soin que celui qui soigne le fasse en toute discrétion et humilité, sans appuyer sur l'aide qu'il apporte aux plus vulnérables. Ainsi, la responsabilité pour la société, de reconnaître la nécessité et la valeur des pourvoyeurs de soins, est d'autant plus fondamentale que ces derniers ne peuvent pas toujours "revendiquer" la nécessité de leur apport, dans la mesure où cela peut contrevenir aux principes de discrétion et d'invisibilité du soin, pour qu'il

soit le plus appropriable possible par les plus vulnérables, qui n'aiment pas voir leur vulnérabilité soulignée.

CARE ET CONFLIT DES FINALITÉS

■ **S'il est évident que la dignité de la personne est au cœur de l'approche** de l'éthique du *care*, au sens de l'impératif kantien du terme – « *Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans toute autre, toujours en même temps comme fin, et jamais simplement comme moyen* » [9], il n'en demeure pas moins que des conflits de finalités peuvent apparaître pour les pourvoyeurs de *care* quand ils sont confrontés à des situations complexes dans lesquelles l'arbitrage entre maintien de l'autonomie et protection de la vulnérabilité de la personne n'est pas aisé.

■ **Dès lors, jusqu'où l'éthique du care est-elle compatible avec l'usage de certaines stratégies** qui pourraient, hors contexte, être jugées à la limite de l'instrumentalisation de la personne ? Pierre Vidal-Naquet décrit très bien cette dialectique du « *tact et des tactiques* » : « *Lorsqu'ils interviennent à domicile, les professionnels cherchent à concilier plusieurs exigences parfois contradictoires : tenir la relation d'aide et de soin malgré le faible engagement des patients dans une telle relation ; favoriser l'autonomie de ceux-ci ou ralentir leur perte d'autonomie ; assurer leur protection, leur sécurité et la défense de leurs intérêts. Faire tenir ensemble ces différents objectifs passe par la mobilisation de pratiques très diversifiées qui vont du soutien aux projets des patients à différentes formes*

RÉFÉRENCES

- [1] Gilligan C (1982). Une voix différente. Pour une éthique du care. Paris: Flammarion/Champs; 2008.
- [2] Aristote. Éthique à Nicomaque. Paris: Vrin; 1994.
- [3] Winnicott DW. Cure. In: Conversations ordinaires. Paris: Folio; 1970.
- [4] Tronto J (1993). Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Paris: La Découverte; 2009.
- [5] Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Le Seuil; 1990.
- [6] Ricoeur P. Le Juste 2. Conférence Autonomie et vulnérabilité. Paris: Éditions Esprit; 2001.
- [7] Rothier Bautzer É. Rendre possible l'autonomisation, "sale boulot relationnel" ou care ? Recherche & formation. 2014;76(2):9-18.
- [8] Moreau D. De qui se soucie-t-on ? Le care comme perspective politique. Multitudes. 2009;37-8.



Prendre en compte la question du *care* est essentiel pour penser un modèle de justice sociale qui ne soit pas purement formel.

RÉFÉRENCES

[9] Kant E (1785). Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris: Poche; 1993.

[10] Vidal-Naquet P. Le *care* à domicile : tact et tactiques. *Rech Soins Infirm.* 2013;114(3):7-13.

[11] Jankélévitch V. Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, le malentendu. Paris: Le Seuil; 1980.

[12] Génard JL. La question de la responsabilité sous l'horizon du référentiel humanitaire. Vulnérabilités sanitaires et sociales. De l'histoire à la sociologie, 1. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2011. p. 41-58.

[13] Sen A. Capability and Well-Being. In: Sen A, Nussbaum M. The quality of life. Oxford: Oxford University Press; 1993.

de contraintes lorsque ces patients se mettent en danger, en passant par la mise en place de dispositifs de veille et de protection. » [10]. Pour lui, ces pratiques relèvent de la ruse, d'un savoir-faire, d'une habileté qui veille à ne jamais devenir abusive, même si elle peut ruser avec la vérité. Il s'agit plutôt selon lui d'un "savoir dire" qui peut user d'omission comme de restriction mentale, d'équivoque, de techniques de dérivation, voire d'humour ou d'ironie si cela ne vient pas "blesser" la personne et qu'elle est à même de comprendre l'implicite en jeu.

■ **Par ailleurs, il ne faut nullement croire que la ruse est unilatérale.** Bien au contraire. Les ruses peuvent être simples, au sens où l'aidant croit qu'il est le seul à en user ; mais la plupart du temps, elles sont à double sens [10] : « Elles sont ou deviennent symétriques lorsque les interactants se doutent que chacun n'affiche pas ou n'affiche que partiellement les raisons de son action. Le silence permet d'entretenir un faux accord sur fond de désaccord, un malentendu doublement bien entendu » (Vladimir Jankélévitch) [11]. Prenant appui sur les situations vécues

par le service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah), l'auteur montre comment ces ruses peuvent devenir « collaboratives » et participer d'une fiction de l'autonomie nécessaire au respect de ladite autonomie de la personne, mise à mal dans une telle situation de vulnérabilité. « C'est au moment même où l'autonomie n'est plus vraiment assurée et n'a plus de contenu évident que la fiction et ses effets performatifs deviennent essentiels. En portant les exigences de l'autonomie à la place des personnes vulnérables, en agissant en quelque sorte pour elles par procuration dans une perspective de protection ou encore en les faisant agir par ruse, les aidants maintiennent l'hypothèse de l'autonomie. En agissant ainsi, ils la font exister. Leurs ruses établissent, en situation, une scène fictionnelle où l'autonomie n'est pas pensée sur un mode disjonctif – autonomie versus hétéronomie – mais conjonctif – autonomie "et" hétéronomie » (Jean-Louis Génard) [10,12].

CONCLUSION

L'éthique du *care* nous permet non seulement de réintégrer dans nos pratiques une

conscientisation très forte de la singularité de la personne et de sa situation, mais également de comprendre comment celle-ci est indissociable du bon fonctionnement de la société, au sens où le monde n'est pas habitable spontanément mais grâce à la médiation sociale que les personnes, individuellement et collectivement, organisent. Il ne s'agit donc pas de diviser la population entre dépendants et indépendants, entre autonomes et vulnérables, mais de comprendre que nous traversons tous des phases de vulnérabilité, et que l'injustice passe aussi par le fait que celles-ci sont plus ou moins rendues visibles et stigmatisantes pour les personnes.

Enfin, nous pouvons considérer que l'apport majeur de l'éthique du *care* est également d'accompagner les personnes de telle sorte qu'elles soient capables de s'aider elles-mêmes, non pas dans le sens de leur déléguer une responsabilité trop lourde, mais dans celui de veiller à renforcer leurs capacités [13], c'est-à-dire de permettre la démultiplication de leurs choix de vie, au sens qualitatif du terme. ■

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.