

Institutionnalisation de l'éthique du *care* : limites pratiques des politiques publiques d'aide aux « dépendants »

Cécile Gagnon*

Résumé

L'application aux pratiques de soins institutionnalisés des critères normatifs et critiques d'un bon soin développés par l'éthique du care rencontre des difficultés de deux ordres, d'une part, la perte de la charge critique de l'éthique du care dans les politiques publiques d'aide et de soins et, d'autre part, la cristallisation de la division genrée du travail des soins. Afin de comprendre pourquoi les soins institutionnalisés semblent présentement inadéquats sur le plan éthique, ce texte examine ce que la littérature du care suggère pour une institutionnalisation efficace des pratiques de soins. De plus, on y présente la solution la plus souvent proposée pour pallier aux difficultés actuelles, soit l'adoption d'une conception relationnelle de la citoyenneté ainsi qu'une démocratie plus délibérative et participative. Toutefois, force est de constater qu'il demeure difficile pour les théoriciennes du care d'établir clairement les moyens nécessaires pour mener l'importante transition politique que cette solution demande, ce qui semble figer l'éthique du care dans une position de théorie critique qui questionne le système actuel plus qu'elle ne le change directement.

* L'auteure est étudiante au premier cycle en philosophie (Université Laval).

1. Institutionnalisation de l'éthique du *care* : limites pratiques des politiques publiques d'aide aux « dépendants »

L'éthique du *care* est une théorie féministe qui place les relations entre les individus au cœur des questions morales. Selon cette théorie, l'éthique se déploie non seulement comme une disposition, mais également comme une activité pratique. Les théoriciennes de ce courant cherchent ainsi à donner aux sentiments de sollicitude, d'attention et de souci des autres un caractère central dans une théorie éthique *particulariste*. Dans ce contexte, le caractère moral d'une action n'est pas défini *a priori* et de l'extérieur, mais bien, à partir des pratiques existantes et de l'attention portée aux expériences¹.

Dans *Un monde vulnérable*, Joan C. Tronto présente cette position éthique comme une forme d'engagement « ni autoréférentielle ni autocentrée » qui implique « de tendre vers quelque chose d'autre que soi² ». Elle ajoute que le *care* suggère implicitement l'entreprise d'une action³. Ainsi, avec Berenice Fischer, elle offre la définition suivante – définition aujourd'hui la plus acceptée et reprise dans la littérature portant sur l'éthique du *care* :

Au niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre 'monde', de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie⁴.

Notons que cette compréhension renouvelée et élargie du *care* nous permet de lier ce concept à celui de justice puisque, comme le note Tronto, la première requiert la seconde. Ainsi, on comprend bien pourquoi, dans le cadre de l'éthique du *care*, la justice doit être pensée

¹ Garrau, M. (2014), *Care et attention*, p. 27.

² Tronto, Joan C. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, p. 142-143.

³ *Ibid.*, p. 143

⁴ Fisher, B. et Tronto, J. C. dans Tronto, J. C. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, p. 143.

dans des circonstances concrètes. Ce courant de pensée remet donc inévitablement en question les théories morales universalistes et l'idéal libéral de l'individu complètement indépendant et isolé qui dominent la pensée occidentale contemporaine.

Les théoriciennes du *care* travaillent à revaloriser les soins fournis aux personnes « dépendantes » en donnant une voix morale et politique à ces dernières ainsi qu'à celles et ceux qui en prennent soin. Cette meilleure reconnaissance de l'importance du travail du *care* à laquelle travaillent les tenants de ce courant éthique n'est possible qu'en faisant l'expérience des soins. Selon Joan C. Tronto, il s'agit en effet de la seule manière d'amener les individus à développer la morale contextualiste qu'est l'éthique du *care*. Or, la dévalorisation actuelle des activités de *care* rendent ces dernières presque invisibles, ce qui permet selon elle à plusieurs (majoritairement des hommes) d'échapper au travail des soins⁵. Par conséquent, seul un élargissement des exigences de la justice – qui ferait des soins une question publique et non une considération d'ordre privé – permettrait à l'ensemble des individus de reconnaître leur responsabilité à participer aux relations de *care*. Il s'agit là d'un enjeu central dans l'éthique du *care* puisque si les soins apparaissaient comme une responsabilité collective, une nouvelle division du travail au sein des sociétés contemporaines serait dès lors jugée nécessaire.

Par ailleurs, en réévaluant à nouveaux frais les limites entre les questions politiques et les questions d'ordre privé, ainsi qu'en élargissant la responsabilité des soins à celles et ceux qui en bénéficient (c'est-à-dire à l'ensemble des individus), une théorie éthique du *care* semble rapidement incomplète si elle n'est pas accompagnée d'une politique du *care* proposant une prise en charge collective (institutionnelle) du travail des soins. C'est en effet la conclusion à laquelle arrive Tronto dans *Un monde vulnérable*, ouvrage qui a marqué le point de départ de la seconde vague théorique du *care* en 1993.

Toutefois, la transition de la relation de soins de la sphère privée (familiale) vers la sphère publique (institutionnelle) ne se fait pas sans difficultés. En effet, en observant les pratiques institutionnelles de prestations de soins et de services au sein des institutions publiques

⁵ Tronto, J. C. (2005), « Au-delà d'une différence de genre : vers une théorie du *care* », *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, p. 58.

créées et contrôlées par l'État, les théoriciennes du *care* ont relevé plusieurs difficultés qui font actuellement obstacle à la prestation de soins adéquats selon les critères établis dans la littérature du *care*. Il leur semble donc essentiel que certaines dimensions centrales du *care* soient explicitement discutées en contexte institutionnel afin d'éviter, entre autres, le développement de rapports de pouvoir malsains ou la prestation de soins inadéquats⁶. Par conséquent, de nombreux travaux concernant la façon dont les pratiques institutionnalisées de soins et les politiques publiques d'aide aux « dépendants » devraient être réévaluées selon l'idéal du *care* ont vu le jour dans les dernières années. On y présente les principales caractéristiques d'un bon soin ainsi que plusieurs dérives à éviter. Toutefois, appliquer cet idéal ne se fait pas sans aucune difficulté. C'est ce que nous entendons discuter dans le présent texte.

1.1. Angle de l'analyse du présent essai

Afin d'adopter des politiques et des pratiques de soins en adéquation avec les idéaux de l'éthique du *care*, plusieurs tenants de ce courant proposent le développement d'une « société du *care* ». Or, il semble difficile de voir comment pourrait s'articuler une transition politique claire et concertée vers cette société qui valorise un modèle relationnel de la morale et de la citoyenneté. Notons que ce constat ne minimise toutefois en rien la charge critique de l'éthique du *care*. Il s'agit en effet d'un outil grandement pertinent pour questionner nos pratiques institutionnelles en matière de soins, mais également notre rapport à la démocratie, à la justice ainsi qu'à la place et au rôle des femmes dans nos sociétés. C'est en effet un cadre conceptuel qui nous oblige à questionner nos relations aux autres.

Ainsi, notre analyse portera sur les difficultés que rencontre l'institutionnalisation des pratiques de soins selon les critères de l'éthique du *care* en nous concentrant, dans un premier temps, sur deux difficultés principales que pose cette institutionnalisation. Premièrement, à la lumière des quatre phases du *care* établies par Tronto et Fischer, nous discuterons de l'attitude pouvant raisonnablement être exigée de la part des soignant(e)s en contexte institutionnel. Selon Tronto, on peut

⁶ Tronto, J. C. (2005), « Au-delà d'une différence de genre : vers une théorie du *care* », *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, p. 160.

remettre en question le caractère éthique de la prestation de soins si ces derniers sont standardisés au point de prendre la forme d'une relation impersonnelle. Garrau va dans le même sens en affirmant que : « le “ bon *care* ” est indéfinissable, car [il] varie nécessairement selon la situation et le point de vue des acteurs impliqués⁷ ». Ainsi, pour illustrer cette difficulté, nous discuterons du paradoxe observé par Luca Pattaroni dans les tentatives d'inscription du *care* dans des politiques sociales de lutte à l'exclusion en Suisse. En effet, par souci d'efficacité, les objectifs poursuivis par certaines organisations institutionnalisées venant en aide aux plus vulnérables empêchent les intervenants de promouvoir une forme d'autonomie relationnelle – telle que celle mise de l'avant par l'éthique du *care* – et se retrouvent plutôt à valoriser l'idéal du citoyen parfaitement indépendant, ce qui donne une forme peu appropriée à leurs interventions.

Ensuite, à partir des recherches de Naïma Hamrouni, nous constaterons que les politiques publiques d'aide aux « dépendants » et à leurs proches aidant(e)s semblent faire fi de la charge critique féministe de l'éthique du *care*. Ces politiques ont en effet tendance à encourager la cristallisation de la division actuellement genrée du travail des soins et à renforcer la dévalorisation de toute forme de dépendance.

Dans un deuxième temps, nous analyserons la solution présentée par Tronto dans *Un monde vulnérable* (et reprise par de nombreuses auteures) pour répondre aux problèmes que pose l'institutionnalisation du *care*. La philosophe propose d'élargir le concept de dépendance et de revoir les frontières de la morale afin de reconceptualiser la notion même de citoyenneté. Selon Tronto, il est essentiel de construire une image relationnelle du citoyen afin de rendre incontournable la participation de toutes et de tous au travail du *care*. Cette solution n'est possible que si tous les individus reconnaissent leur vulnérabilité et les liens d'interdépendance qui les lient aux autres. On pourrait alors, selon l'auteure, réévaluer les responsabilités sociales et étatiques par rapport aux soins et, conséquemment, établir de nouveaux objectifs et de nouvelles approches dans nos institutions de soins. Nous verrons également comment le concept de *sujet vulnérable* de Fineman vient enrichir la proposition de Tronto.

⁷ Garrau, M. (2014), *Care et attention*, p. 28.

À cette étape, nous pourrions reprendre les deux difficultés discutées dans la première partie afin de voir de quelle manière cette reconceptualisation de la citoyenneté les affecte. Par ailleurs, nous verrons également que les différentes formulations de cette solution aux problèmes d'institutionnalisation du *care* semblent cantonner au niveau théorique. Les théoriciennes du *care* restent relativement vagues quant aux moyens concrets nécessaires pour amorcer le changement de paradigme qu'elles présentent. En proposant l'adoption d'une démocratie radicale mettant de l'avant une conception relationnelle de la citoyenneté, Tronto semble s'enfermer dans un paradoxe théorique. Cette limite devra absolument être discutée puisqu'elle nous amènera à poser la question suivante : le *care* est-il institutionnalisable ?

2. Difficultés intrinsèques à l'institutionnalisation des soins

Joan C. Tronto décrit le *care* comme un processus relationnel comprenant quatre phases essentielles soit : *se soucier de*, *prendre en charge*, *prendre soin* et *recevoir le soin*. Pour procurer des soins appropriés, ceux-ci doivent prendre place dans une relation de confiance personnalisée au sein de laquelle le soignant se soucie de l'autre et reconnaît sa responsabilité à en prendre soin. Selon Tronto, les quatre phases du *care* (souvent implicites dans des contextes intimes et/ou familiaux) sont des conditions essentielles à partir desquelles nous pouvons évaluer le caractère éthique d'un soin. Garrau précise à ce sujet que l'éthique du *care* se distingue des éthiques traditionnelles puisqu'elle n'établit pas de critère *a priori* sur ce qui correspond à un bon soin. Au contraire, les normes définissant un bon soin se doivent de demeurer « suffisamment vagues et ouvertes pour rendre compte des formations et des contextes variés⁸ ». Les critères normatifs et critiques à partir desquels on évalue un soin se déploient donc dans la relation particulière dans laquelle il s'inscrit.

Toutefois, comment s'assurer que les soins institutionnalisés respectent les quatre phases du *care* ? Quelle attitude pouvons-nous raisonnablement exiger de la part des soignant(e)s « professionnel(le)s » à l'égard de leurs patients ? En définissant les quatre phases du *care*, nous pourrions voir que de telles questions surgissent autant au début

⁸ Garrau, M. (2014), *Care et attention*, p. 29.

des processus de soins qu'à la toute fin, lors de la réception des soins par les bénéficiaires. Nous constaterons ainsi que ces difficultés bien réelles rendent difficile la prestation de *bons* soins quand les critères normatifs et critiques sont préétablis en contexte institutionnel.

2.1. Les quatre phases du *care*

Dans son ouvrage *Un monde vulnérable*, Tronto présente le *care* comme étant à la fois une pratique et une disposition⁹. Le *care* apparaît ainsi comme une activité (ou un processus) impliquant au moins deux personnes (mais souvent beaucoup plus). Cette activité se déploie en quatre phases définies par Tronto, en collaboration avec Berenice Fischer. Même si elles sont toutes analytiquement distinctes, elles demeurent étroitement liées puisqu'elles sont essentielles pour qu'un soin puisse être considéré comme *bon*¹⁰. En ordre, ces phases sont :

- *se soucier de* (capacité d'*attention* à l'autre qui permet de constater ses besoins) ;
- *prendre en charge* (capacité de reconnaître sa *responsabilité* quant aux besoins de l'autre et déterminer la réponse appropriée) ;
- *prendre soin* (capacité de répondre de façon *compétente* avec un contact direct aux besoins de l'autre) ;
- *recevoir le soin* (capacité de *réponse* du bénéficiaire qui permet de valider si le soin apporté répond à ses besoins et à ses attentes).

Le *care* se présente donc comme une forme de rationalité pratique qui demande l'engagement personnel des personnes impliquées afin d'éviter l'émergence de conflits ou la prestation de soins inadéquats.

Pour Tronto, les aspects du *souci de l'autre* et de la *prise en charge* sont cruciaux pour la possibilité d'atteindre les deux autres phases du *care*¹¹. Pour procurer des soins appropriés à une personne (*prendre soin*), ces soins doivent s'inscrire dans le cadre d'une relation de confiance : le soignant doit non seulement se soucier personnellement de l'autre, mais il doit également reconnaître sa responsabilité personnelle d'en prendre soin. Ainsi, c'est seulement en étant attentif aux besoins particuliers de l'autre qu'on peut déterminer les réponses appropriées à ces besoins.

⁹ Tronto, J. C. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, p. 145.

¹⁰ *Ibid.*, p. 146.

¹¹ *Ibid.*, p. 147.

Chaque individu requiert des soins différents ; les soins fournis par une même personne doivent donc être adaptés à chaque bénéficiaire et à sa situation particulière. Or, si dans un cadre institutionnel, les soins sont standardisés, la deuxième phase du *care* (*prendre en charge*), c'est-à-dire déterminer la réponse appropriée aux besoins constatés lors la première phase, est escamoté. Cela rend alors impossible l'application de façon optimale de la troisième phase (*prendre soin*). En effet, une réponse prédéterminée pour un besoin général (une norme établie *a priori*) ne correspond pas nécessairement aux besoins particuliers et aux attentes propres de la personne singulière qui reçoit les soins.

De plus, selon Tronto, on ne peut pas évaluer les soins donnés sans tenir compte de la relation entre le soignant et le bénéficiaire : le niveau d'écoute et le souci de l'autre jouent directement sur la qualité des soins. Cela étant, on peut se demander : quelle attitude est-il raisonnable d'exiger de la part des soignant(e)s « professionnel(le)s » à l'égard de leurs patients ? Afin que les soins fournis par l'intermédiaire de politiques publiques demeurent en adéquation avec l'aspect relationnel à la base de l'éthique du *care* et qu'ils respectent les quatre phases du processus détaillé par Tronto et Fischer, doit-on, par exemple, demander aux infirmier(ère)s de développer des liens d'affection et de sollicitude envers tous les bénéficiaires dont ils et elles prennent soin ? Il est difficile (pour ne pas dire impossible), à travers des règlements et des contrats, d'exiger des soignant(e)s non seulement qu'ils fassent preuve de sollicitude, mais qu'ils intériorisent ce sentiment. Comme l'explique la psychologue Pascale Molnier, il est impossible de « prendre en considération la vulnérabilité d'autrui sans mobiliser sa propre sensibilité¹² ». La charge émotive qu'une telle exigence impliquerait s'avèrerait donc énormément lourde à porter pour les soignant(e)s. De plus, dans une situation où un bénéficiaire serait particulièrement exigeant ou désagréable, comment obliger une soignante à développer un sentiment de sollicitude à son égard ?

Par ailleurs, Tronto note également que le *care* établit inévitablement une relation de pouvoir asymétrique entre les soignant(e)s et les bénéficiaires. Par conséquent, la philosophe identifie deux problèmes qui peuvent facilement émerger dans les relations de soins, dont l'adoption d'une attitude *paternaliste/maternaliste*. Il peut en effet arriver

¹² Molinier, P. (2011), « Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoirs-faire discrets », p. 347.

qu'un soignant se croit plus en mesure que le bénéficiaire de juger de ce qui est bon pour ce dernier (surtout lorsque le soignant est un « professionnel » de la santé). Il s'agit d'un problème important puisqu'une telle attitude paternaliste peut facilement amener un soignant à fournir involontairement des soins inappropriés s'il n'est pas suffisamment attentif aux besoins particuliers et aux attentes du bénéficiaire. Or, dans une situation où le bénéficiaire est insatisfait ou inconfortable, on ne peut pas parler d'un processus de soin complet et adéquat puisque la quatrième phase du *care* (*recevoir le soin*) n'est pas atteinte.

Face aux deux problèmes qui viennent d'être présentés, une difficulté ressort clairement : par quel moyen pouvons-nous être certains que les soins institutionnalisés ne prennent pas la forme d'échanges de services impersonnels standardisés ? Autrement dit : comment nous assurer que les pratiques institutionnalisées soient guidées par le but pratique du *care* (le bien-être d'autrui) et que les critères de la relation de soins soient établis par les soignant(e)s et leurs bénéficiaires selon les contextes particuliers (et non à l'avance et de façon uniforme) ?

Luca Pattaroni, dans son article *Le care est-il institutionnalisable ? Quand la 'politique du care' émousse son éthique*¹³, présente un exemple empirique clair de la difficulté que pose l'application de politiques de soins et d'aide aux plus vulnérables dans le cadre politique et institutionnel actuel. Dans son article, Pattaroni expose les expériences de travailleurs sociaux de deux centres d'accueil en Suisse (*Le Bateau* qui vient en aide à des personnes en situation de précarité et *Infor Jeune* qui vient en aide à des jeunes). Les moyens utilisés par les travailleurs sociaux varient énormément en fonction des objectifs visés par les organismes. Or, Pattaroni constate que les moyens choisis ont une influence directe sur les résultats des interventions.

Le sociologue remarque que, l'autonomie étant encore majoritairement comprise comme un synonyme d'indépendance – et non d'interdépendance comme nous le propose l'éthique du *care* –, les organisations venant en aide aux « dépendants » tentent de « responsabiliser » ces derniers. Pour ce faire, ils minimisent le plus

¹³ Pattaroni, L. (2011), « Le *care* est-il institutionnalisable ? Quand la 'politique du *care*' émousse son éthique », p. 209-233.

possible la dépendance pouvant être créée par leurs relations d'entraide. Par conséquent, les politiques sociales de lutte à l'exclusion semblent ainsi se faire « au prix d'un double mouvement » qui limite la portée éthique de ces politiques¹⁴. Plus simplement, dans l'application politique de cette volonté à venir en aide aux plus vulnérables, étant donné les impératifs dictés par l'idéal libéral du citoyen entièrement indépendant, l'aide institutionnalisée aux personnes « dépendantes » vise actuellement une autonomisation complète qui requière une « responsabilisation » de ces derniers¹⁵. Pattaroni remarque ainsi une perte de la « charge critique » de l'éthique au fondement même de cette volonté politique¹⁶.

Pour illustrer ce paradoxe, Pattaroni présente d'abord l'approche adoptée par *Le Bateau*.

[*Le Bateau*] ne cherche pas d'emblée à responsabiliser les gens mais plutôt à leur épargner certaines épreuves produites par la société, à commencer par la parution dans l'espace public. [...] Ainsi l'espace que cherchent à mettre en place les travailleurs sociaux sur *Le Bateau* se distingue d'un espace public caractérisé par une accessibilité comprise comme possibilité d'un côtoiement civil et indifférent (Joseph, 1998). L'accessibilité prend ici la forme d'une *hospitalité* offerte aux plus vulnérables, à ceux qui ne peuvent paraître ailleurs. [...] Chacun est ainsi libre d'aller et venir à sa guise sur *Le Bateau*, de s'asseoir à des tables communes où il aura l'occasion de discuter et de partager des activités diverses (jouer aux cartes, fumer un pétard, manger, etc.) avec d'autres passagers ainsi qu'avec les travailleurs sociaux présents. Les rencontres sont donc informelles et permettent un rapprochement plus personnel¹⁷.

En mettant de l'avant la création de liens de proximité entre les intervenants et les personnes aidées, l'organisme favorise le

¹⁴ Pattaroni, L. (2011), « Le *care* est-il institutionnalisable ? Quand la 'politique du *care*' émousse son éthique », p 209.

¹⁵ *Ibid.*, p. 222.

¹⁶ *Ibid.*, p. 210.

¹⁷ Pattaroni, L. (2011), « Le *care* est-il institutionnalisable ? Quand la 'politique du *care*' émousse son éthique », p. 217-218.

développement d'une complicité entre les travailleurs sociaux et les personnes à qu'ils viennent en aide. Cette façon de faire permet aux travailleurs sociaux d'offrir des services personnalisés. Chaque intervention découle de la situation particulière de la personne aidée.

Par ailleurs, ce type de relations informelles ne permet pas d'engager les bénéficiaires dans des processus de responsabilisation en vue de développer leur autonomie (comprise ici comme un synonyme d'une parfaite indépendance vis-à-vis des autres). L'aide dispensée par *Le Bateau* est donc limitée selon les critères institutionnels actuels puisqu'elle échappe « à la possibilité d'une évaluation formelle¹⁸ ».

Comparativement, Pattaroni remarque que les intervenants travaillant chez *Infor Jeune*, afin de répondre aux impératifs d'autonomisation et de responsabilisation, établissent des dispositifs renforçant le caractère symétrique et formel des relations entre les travailleurs sociaux et leurs « clients »¹⁹. Plus précisément, les intervenants font signer des contrats aux jeunes hébergés afin que ceux-ci puissent développer une *entière* indépendance à leur endroit²⁰. Dans ce type d'approche, les relations particulières de proximité sont comprises comme nuisant à l'autonomie. Conséquemment, l'aide et les soins procurés aux « dépendants » considérés comme les plus efficaces (selon les objectifs institutionnels) laissent de côté le caractère relationnel de l'autonomie proposée par l'éthique du *care*. En fait, on cherche plutôt à atteindre l'idéal d'indépendance précisément critiqué par les théoriciennes du *care*.

Ainsi, la volonté d'offrir des services d'une qualité uniforme à tous leurs bénéficiaires amène les institutions à demander aux intervenants de prendre leur distance avec leurs « clients » afin d'éviter de développer des relations particulières. L'établissement d'une relation formelle entre deux individus égaux permet que les interactions et les soins fournis soient toujours les mêmes et qu'ils correspondent à un modèle unique (clairement préétabli) des besoins devant être comblés. Or, cette situation freine toute possibilité de personnaliser les soins puisque cela demanderait de développer une relation comportant une certaine

¹⁸ *Ibid.*, p. 219.

¹⁹ *Ibid.*, p. 233.

²⁰ *Ibid.*, p. 223.

proximité (en plus de reconnaître le caractère intrinsèquement asymétrique d'une relation de *care*).

Pour pallier à cette difficulté, Pattaroni propose qu'au lieu d'imposer certaines obligations universelles (d'autonomisation et de responsabilisation standardisées), l'aide aux plus vulnérables devrait plutôt fournir des conditions de possibilité qui laisseraient se déployer plusieurs formes de relations d'aide. L'aide institutionnalisée pourrait alors dispenser des soins et des services en adéquation avec les besoins réels de chaque bénéficiaire, et ce sans chercher à dépasser toute forme de (inter)dépendance. Cela ne serait toutefois possible, selon l'auteur, qu'en assurant la reconnaissance d'une forme plus universelle et plurielle de la dignité²¹ que celle guidant présentement les institutions d'aide et de soins. Le type d'approche différenciée et personnalisée telle que proposée par l'éthique du *care* – et utilisée par *Le Bateau* – serait alors reconnu comme étant beaucoup plus efficace.

2.2. *Cristallisation de la division genrée du travail*

Dans son article *Vers une théorie politique du care : entendre le care comme 'service rendu'*²², Naïma Hamrouni présente une deuxième difficulté inhérente aux politiques publiques de soins actuelles. Selon Hamrouni, les politiques publiques visant à améliorer les conditions de vie de celles et ceux qui prennent soin des « dépendants » font fi de la critique féministe centrale à l'éthique du *care*. En effet, les politiques de soins ne travaillent pas à revoir la division actuelle du travail du *care* et semblent plutôt cristalliser les inégalités de genre, de race et de classe au sein des sociétés contemporaines. Les tâches de soutien sur le marché du travail demeurent dévaluées et, surtout, les politiques publiques visant à venir en aide aux fournisseur(e)s de soins (par exemple la rétribution des proches aidant(e)s ou les congés de maternité prolongés pour les femmes) contribuent à réaffirmer l'attribution du travail du *care* aux femmes²³.

²¹ Pattaroni, L. (2011), « Le *care* est-il institutionnalisable ? Quand la 'politique du *care*' émousse son éthique », p. 229.

²² Hamrouni, N. (2015), « Vers une théorie politique du *care* : entendre le *care* comme 'service rendu' », p. 71-93.

²³ *Ibid.*, p. 73.

Hamrouni explique cette incapacité à rendre compte de la critique féministe de l'éthique du *care* dans les politiques de soins par la compréhension encore trop restreinte du concept de « soins aux dépendants ». La philosophe observe que le concept de *care* ne renvoie présentement qu'aux soins fournis aux personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, etc.) alors qu'il devrait englober l'ensemble des « services rendus » – autant dans la sphère publique que dans la sphère privée – aux individus « indépendants »²⁴. Pour l'auteure, *le mythe de l'indépendance* empêche que soient clairement reconnus la vulnérabilité naturelle de l'ensemble des individus et les liens d'interdépendance qui les relient les uns aux autres. En ne croyant pas avoir besoin de soins, certains se déresponsabilisent quant aux besoins des autres. Par conséquent, les soins sont compris comme des besoins particuliers de quelques individus « dépendants », ce qui relègue toutes les questions relatives aux soins – dont la division du travail – au domaine privé. Or, cela a pour double conséquence de dévaloriser les soins en plus d'en rendre une grande partie invisible. En effet, Hamrouni explique qu'en se croyant indépendants, certains citoyens ne réalisent même pas qu'ils sont impliqués dans des relations de soins. Pour que les « indépendants » acceptent d'assumer une certaine responsabilité quant au bien-être des autres (en prenant part au travail du *care*) il faudrait que ces « indépendants » reconnaissent qu'ils sont vulnérables comme tout le monde. Les soins relèveraient alors de la société dans son ensemble et non de la sphère privée et familiale. Ainsi, selon Hamrouni, c'est en rendant visible la partie invisible du *care* (l'aide aux indépendants) qu'on pourrait réellement proposer des politiques et des changements abolissant la division genrée du travail du *care*²⁵.

3. Reconceptualisation du concept de citoyenneté

Dans *Un monde vulnérable*, Tronto présente une solution pour rendre effective une politique du *care* qui comporte différents éléments – souvent repris dans la littérature du *care* (parfois de manière implicite, mais très souvent de façon explicite), notamment par Berthelot-

²⁴ Hamrouni, N. (2015), « Vers une théorie politique du *care* : entendre le *care* comme 'service rendu' », p. 74.

²⁵ *Ibid.*, p. 89.

Raffard (2015), Garrau et Le Goff (2009), Garrau (2014), Haber (2011), Hamrouni (2015), Pattaroni (2011) et Paperman (2005, 2015). En effet, les bases théoriques que propose Tronto pour une politique du *care* – soit une reconceptualisation de la notion de citoyenneté passant par l'élargissement des frontières de la morale – représentent le point de départ de la réflexion renouvelée sur l'éthique du *care* qui a débuté au milieu des années 1990.

Dans le dernier chapitre d'*Un monde vulnérable*, Tronto présente les conditions de réalisation d'une politique du *care*. Elle appelle alors à un changement de paradigme politique qui passerait par l'élargissement des frontières morales actuelles²⁶. Ces frontières sont (1) la division claire entre la politique et la morale, (2) l'idée kantienne du « point de vue moral » d'un observateur désintéressé et désengagé et (3) la séparation étanche entre les sphères privée et publique. La première étape pour opérer ce changement est, selon Tronto, de reconceptualiser la notion de citoyenneté en revoyant nos hypothèses sur la nature humaine afin d'y intégrer la dépendance. Celle-ci ne serait plus comprise comme une destruction de la personnalité nous faisant perdre notre capacité de former des jugements, mais bien une condition universelle et insurmontable de la vie humaine. Ainsi, il ne serait plus justifié, comme ce l'est présentement, que ceux jugés « trop dépendants » perdent leur droit de participer à la vie citoyenne²⁷.

À ce propos, Paperman vient renforcer l'analyse de Tronto en expliquant que le plus grand problème auquel fait présentement face l'éthique du *care* ne concerne pas tant l'impossibilité d'étendre le *care* « aux autres en général, mais [concerne] d'abord et avant tout la reconnaissance de la réalité de nos dépendances²⁸ ». Le déni de notre dépendance naturelle – qui n'est ni accidentelle ni ponctuelle – contribue donc à maintenir invisible le travail du *care*. En refusant de reconnaître une conception élargie de la dépendance – qui tient compte de la « fragilité du corps, mais aussi [...] de la disposition à se laisser toucher et affecter par autrui, à maintenir un contact²⁹ » –, les questions relatives

²⁶ Tronto, J. C. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, p. 206.

²⁷ *Ibid.*, p. 213.

²⁸ Paperman, P. (2011), « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », p. 328.

²⁹ *Ibid.*, p. 333.

à la valeur des soins, au partage des responsabilités ainsi qu'à la forme des soins fournis ne peuvent être débattues adéquatement.

Ainsi, une reconnaissance de l'importance des relations d'interdépendance – comme une situation nécessaire au bon développement tout au long de la vie – révélerait les structures de pouvoir et de privilèges actuellement invisibles dans nos sociétés. Les frontières actuelles de la morale – et particulièrement celle séparant les sphères publique et privée – devraient alors être élargies afin d'inclure les questions relatives aux relations de *care* dans les discussions démocratiques. Cette nouvelle conception d'une citoyenneté *relationnelle* amènerait également à remodeler les institutions afin qu'elles reflètent le changement de valeurs morales proposé par Tronto, soit une plus grande valorisation des relations de *care*³⁰.

Hamrouni accepte l'idée de citoyenneté relationnelle de Tronto. Elle nous invite tout de même à compléter cette réflexion à l'aide du concept de « sujet vulnérable » de Fineman. Cette approche de la vulnérabilité propose une compréhension de la citoyenneté qui décrit fidèlement un aspect universel, inévitable et persistant de la condition humaine devant être au cœur de la compréhension des responsabilités sociales et étatiques³¹. Selon Fineman, nous devons dépasser le *mythe de l'indépendance* et adopter une compréhension de l'égalité différente de celle de l'approche libérale traditionnelle de l'*égalité formelle* qui réduit ce concept à l'uniformité de traitements. Cette conception de l'égalité est incapable de tenir compte des inégalités de conditions existantes et échoue conséquemment à mettre fin aux formes persistantes d'iniquité³². Les institutions actuelles maintiennent donc en place plusieurs formes d'inégalités auxquelles seul un État plus actif (qui se considérerait responsable de ce type de réalités) pourrait répondre³³. Fineman note également que « l'idéologie des sphères distinctes » place plusieurs aspects de la vie humaine et institutionnelle en dehors du contrôle de l'État. L'État demeure de la sorte un acteur résiduel dans

³⁰ Tronto, J. C. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, p. 229-230.

³¹ Fineman, M. (2008), « The Vulnerable Subject : Anchoring Equality in the Human Condition », p. 8.

³² *Ibid.*, p. 3.

³³ *Ibid.*, p. 2.

certaines enjeux « privés » (en plus de nous faire presque oublier que la sphère privée est une création de l'État lui-même). Toutefois, si nous acceptons de reconnaître la vulnérabilité ordinaire de chacun, l'interdépendance entre les individus deviendrait apparente. Cela justifierait alors la mise en place de structures et d'institutions répondant à cette réalité humaine fondamentale³⁴. Ainsi, l'approche de la vulnérabilité cherche à redéfinir le rôle et les responsabilités de l'État afin de répondre aux aspirations d'égalité défendues par nos sociétés démocratiques libérales.

3.1. Application aux deux difficultés

En reconnaissant la vulnérabilité ordinaire des individus et les relations d'interdépendance qui les relient, les deux difficultés que pose l'institutionnalisation des pratiques de soins semblent grandement s'atténuer. Premièrement, la question des *bons* soins peut plus facilement être abordée. En effet, Paperman explique qu'accepter la vulnérabilité naturelle des êtres humains est essentiel pour un engagement de la sensibilité axé sur les besoins particuliers de chacun. Avec une approche relationnelle acceptant la vulnérabilité, l'identification des soins appropriés pour chaque bénéficiaire en contexte institutionnel pourrait se faire selon les circonstances particulières propres à chaque situation. Il serait dès lors possible de se dégager des tentatives de standardisation des soins offerts, ce qui minimiserait le risque de transformer les soins « en un souci intrusif³⁵ ». Cette façon de faire permettrait de dépasser la deuxième frontière de la morale identifiée par Tronto (le « point de vue moral » désengagé) puisque ce serait dans le cadre de situations particulières et concrètes de relations de soins – et non à partir d'un point de vue universalisant et détaché – que les soignant(e)s jugeraient des soins devant être fournis.

De plus, à la fin de son article, Pattaroni affirme que modifier l'approche dominante en travail social demande « un délicat rapport entre attachement et détachement », ce qui passe, entre autres, par une

³⁴ Fineman, M. (2008), « The Vulnerable Subject : Anchoring Equality in the Human Condition », p. 12.

³⁵ Paperman, P. (2011), « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », p. 334.

atténuation de la distinction entre les sphères publique et privée³⁶. Garrau rappelle, en se basant sur les travaux de philosophie morale de Martha Nussbaum, que « loin de nous aveugler, [nos sentiments (notamment ceux de sollicitude et d'attention)] nous informent sur ce qui importe dans une situation donnée et manifestent cette sensibilité au particulier qui est le ressort de l'action qui convient³⁷ ». L'implication émotionnelle des soignant(e)s est donc nécessaire à la prestation de bons soins. Or, afin que cette implication personnelle et sentimentale des soignant(e)s dans leur travail soit ouvertement discutée au sein des institutions (et que des stratégies soient développées afin de les soutenir et de les aider à trouver un équilibre émotionnel dans le cadre de leur travail), nous retrouvons la proposition de Tronto d'élargir la troisième frontière de la morale entre la vie publique et la vie privée³⁸. En effet, en acceptant de reconnaître qu'il existe un espace flou entre ces deux sphères, il deviendrait alors plus facile de discuter collectivement des difficultés quotidiennes que crée ce flou, notamment dans le cadre de pratiques de soins institutionnalisées.

Deuxièmement, comme nous l'avons vu précédemment, le refus actuel d'accepter notre dépendance aux autres nous pousse à privatiser les soins et à maintenir une frontière rigide entre les sphères publique et privée. Or, selon Paperman, cette non-reconnaissance publique et politique du travail effectué par les fournisseur(e)s de soins renforce les injustices vécues par ces dernier(ère)s³⁹. Pour pallier à ce problème, Hamrouni affirme que la reconnaissance de la vulnérabilité ordinaire a le potentiel de provoquer un changement culturel qui permettrait de revaloriser et de dé-générer la division du travail. Or, cela ne peut pas passer que par de simples réformes économiques et institutionnelles. La philosophe propose plutôt de « repenser à nouveaux frais les véritables conditions de la citoyenneté et la parité de participation de toutes et de

³⁶ Pattaroni, L. (2011), « Le *care* est-il institutionnalisable ? Quand la 'politique du *care*' émousse son éthique », p. 229-230.

³⁷ Garrau, M. (2014), *Care et attention*, p. 51.

³⁸ Tronto, J. C. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, p. 37.

³⁹ Paperman, P. (2011), « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », p. 331.

tous à la vie démocratique⁴⁰ ». Ainsi, Hamrouni nous renvoie directement aux propositions de Tronto et de Fineman.

3.2. Limite pratique de la solution

La solution défendue notamment par Tronto et Fineman est très intéressante d'un point de vue philosophique et théorique. Toutefois, le changement de paradigme politique qu'elles proposent demande une prise d'action politique concrète. Modifier notre compréhension du concept de citoyenneté (pour y inclure les notions d'interdépendance et de vulnérabilité) est un projet important qui implique des changements majeurs autant sur le plan théorique (par exemple, dans les sphères universitaires) que pratique (par exemple, dans les politiques publiques, l'éducation, les médias, etc.). On comprend bien qu'il s'agit d'une transition qui devrait se faire de manière concertée entre les différents acteurs sociaux et politiques, et ce à une échelle minimalement nationale⁴¹.

Pour Tronto, une politique du *care* serait possible uniquement dans une démocratie plus délibérative et participative que celles dans lesquelles nous évoluons présentement. Un système devrait

⁴⁰ Hamrouni, N. (2015), « Vers une théorie politique du *care* : entendre le care comme 'service rendu' », p. 84.

⁴¹ Dans les écrits de l'éthique du *care*, on retrouve de nombreuses allusions aux problèmes de migrations transnationales causées par la dévalorisation actuelle des soins en Occident. En effet, de plus en plus de femmes du *Sud* viennent au *Nord* pour prendre en charge le travail des soins boudés par un nombre grandissant de femmes au *Nord*. Cela provoque, entre autres, un important déficit de soins dans les pays *Sud* (où les femmes laissent souvent leurs propres enfants), en plus de renforcer les inégalités de genre, de race et de classe dans les sociétés du *Nord*.

En parlant d'un changement de paradigme politique à « une échelle minimalement nationale », je n'essaie pas de passer sous silence ce problème bien réel. Par contre, je crois qu'il est raisonnable de penser qu'un changement politique – aussi important que celui proposé par Tronto et Fineman – au *Nord* permettrait l'élaboration d'une première réponse à ce problème actuel de migration lié à la (non-)prise en charge des soins au *Nord*. Voir : Lamoureux, D. (2016), « Un État capitaliste certes, mais également sexiste et raciste », *Les possibles du féminisme. Agir sans « nous »*, Montréal, Édition du remue-ménage, p. 236-237.

Institutionnalisation de l'éthique du *care* :
limites pratiques des politiques publiques d'aide aux « dépendants »

reconnaître l'ensemble des personnes – peu importe leur niveau de dépendance – comme des citoyens à part entière ayant une voix, certes différente, mais tout autant légitime que celle des autres. L'adoption d'une démocratie « radicale » et une conception relationnelle de la citoyenneté sont deux éléments essentiels pour revaloriser les soins, les relations et la vulnérabilité et ainsi politiser le *care* sans perdre la charge critique de son éthique. Toutefois, il n'est pas évident de comprendre comment nous pourrions entamer un tel changement politique. Quelle est la première étape de ce changement de paradigme ? Quels acteurs doivent initier ce mouvement ? Cela n'étant pas explicité, nous nous retrouvons alors devant le paradoxe suivant : une démocratie plus délibérative et participative permettrait l'adoption d'une compréhension élargie du concept de citoyenneté et une compréhension élargie du concept de citoyenneté permettrait le développement d'un système démocratique plus délibératif et participatif.

Autrement dit, Tronto nous invite à opérer des changements importants dans les pratiques politiques, mais ce projet ne comprend pas une présentation relativement détaillée des moyens et des stratégies auxquels nous devrions avoir recours pour convaincre nos dirigeants et nos concitoyens du bien-fondé d'une démocratie plus radicale. Par conséquent, cette solution aux différents problèmes d'institutionnalisation de l'éthique du *care* demeure théorique.

Ainsi, sans questionner la pertinence critique de la théorie du *care* et des propositions de Tronto, nous devons nous questionner sérieusement quant à la portée pratique réelle de cette « solution » qu'est la reconceptualisation de la notion de citoyenneté. Est-ce une solution réellement envisageable ? Le *care* est-il institutionnalisable ou est-il voué à demeurer un idéal éthique ? Tendre vers l'idéal proposé par l'éthique du *care* à travers diverses pratiques et politiques pourrait certes permettre une transition vers une compréhension relationnelle et vulnérable des sujets politiques. Toutefois, dans le contexte social et politique actuel – où les États occidentaux tendent à se désengager de plusieurs domaines d'intervention – il est clair qu'une telle transition ne peut pas se faire en un seul mouvement concerté.

Conclusion

En somme, l'éthique du *care* renferme un potentiel critique très intéressant autant dans les champs de la morale et de la politique que de la critique féministe. Cette théorie éthique invite à changer radicalement le regard porté sur les soins, les relations d'interdépendance et la vulnérabilité et ainsi questionner la division actuelle des responsabilités et du travail dans les sociétés libérales contemporaines.

Si, sur le plan théorique, l'éthique du *care* permet de repenser en profondeur plusieurs de nos pratiques éthiques et politiques, son application pratique demeure toutefois problématique dans le contexte politique actuel. En effet, il est difficile de changer les pratiques entourant les soins (selon les critiques formulées par le *care*) dans des sociétés qui n'ont pas préalablement modifié leur compréhension de la dépendance et de la citoyenneté. Nous nous retrouvons dès lors avec des institutions de soins et des politiques publiques inadéquates face aux besoins particuliers de leurs bénéficiaires.

Ce constat nous a amenés, dans la première partie de ce texte, à nous pencher sur deux grandes difficultés que pose présentement l'institutionnalisation des pratiques de soins. Nous avons vu la difficulté de transposer dans un cadre institutionnel les quatre phases du *care* permettant de fournir des soins correspondants aux besoins des bénéficiaires. Nous avons également discuté du problème que posent les objectifs institutionnels actuels, « autonomisation » et « responsabilisation », qui empêchent les intervenants dans les domaines de la santé et des services sociaux d'adopter des approches relationnelles et particulières telles que celles mises de l'avant par l'éthique du *care*. Finalement, nous avons réalisé que l'invisibilité actuelle des soins (surtout ceux fournis aux « indépendants ») limite la portée des politiques publiques de soutien aux proches aidant(e)s puisque la division genrée du travail des soins n'y est pas questionnée. On se retrouve dès lors avec des politiques qui cristallisent les inégalités de genre, de race et de classe et qui renforcent la dévalorisation du travail des soins.

Étant donné ces nombreux obstacles dans le cadre politique libéral actuel, Tronto croit qu'il nous faut modifier le paradigme politique dans lequel nous élaborons nos réponses politiques et institutionnelles à la vulnérabilité ordinaire des citoyens. Pour ce faire, Tronto propose

l'élargissement des frontières de la morale ainsi que la mise en place d'un système démocratique plus délibératif et participatif. Toutefois, trouver un moyen d'effectuer un tel déplacement idéologique et institutionnel est loin d'être évident. Ce type de transition n'est possible que très graduellement. Par conséquent, nous en avons conclu qu'une application adéquate des idéaux de l'éthique du *care* aux pratiques de soins institutionnelles – du moins à court terme et de manière concertée entre les différents acteurs politiques et sociaux – est encore *utopique*.

Cependant, cela ne doit pas nous faire perdre de vue la force critique de la théorie du *care* qui permet de mettre en lumière des problèmes bien réels. Le regard que cette éthique pose sur les relations de *care* dans les institutions tant publiques que privées permet de garder ouvertes et vivantes les questions concernant les soins. Ainsi, malgré la difficulté évidente à l'institutionnalisation de l'éthique du *care*, celle-ci demeure un outil critique nécessaire (et même indispensable) pour l'avancement de valeurs – centrales dans nos démocraties – telles que l'égalité et la dignité. De plus, le flou que vient créer l'éthique du *care* dans la frontière qui sépare les questions d'ordre public et d'ordre privé réaffirme la pertinence de plusieurs revendications féministes. Le *care* rend visible l'invisible – des structures et des pratiques inégalitaires produites et reproduites collectivement – et fait ainsi du « privé » une question politique. On peut alors justifier une responsabilisation collective et une prise d'actions publiques dans certains enjeux présentement mis de côté. Ainsi, en plaçant les relations et les sentiments au cœur des questions éthiques et politiques, l'éthique du *care* permet de poser de nouvelles questions pertinentes et surtout déstabilisantes : première étape pour une transition progressive vers une conception relationnelle de la citoyenneté.

Bibliographie

Berthelot-Raffard, A. (2015), « Penser le *care* comme au cœur de la justice : un outil pour analyser les institutions de la vie ordinaire », dans Bourgault, S. et Perreault P. (dir.), *Le care. Éthique féministe actuelle*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 117-136.

- Fineman, M. (2008), « The Vulnerable Subject : Anchoring Equality in the Human Condition », *Yale Journal of Law and Feminism*, vol. 20, n° 1, p. 1-20.
- Garrau, M. et A. Le Goff. (2009), « Vulnérabilité, non-domination et autonomie : vers une critique du néorépublicanisme », *Astérian* [Édition électronique], n° 6, 25 pages.
- Garrau, M. (2014), *Care et attention*. Paris, Presse de l'Université de France, Care Studies, 73 pages.
- Haber, S. (2011), « Éthique du *care* et problématique féministe dans la discussion américaine actuelle : De C. Gilligan à J. Tronto », dans Paperman P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 187-208.
- Hamrouni, N. (2015), « Vers une théorie politique du *care* : entendre le *care* comme 'service rendu' », dans Bourgault, S. et Perreault P. (dir.), *Le care. Éthique féministe actuelle*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 71-93.
- Lamoureux, D. (2016), « Un État capitaliste certes, mais également sexiste et raciste », *Les possibles du féminisme. Agir sans « nous »*, Montréal, Édition du remue-ménage, p. 225-245.
- Molinier, P. (2011), « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoirs-faire discrets », dans Paperman P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 339-357.
- Paperman, P. (2015), « Le *care* comme connaissance et comme critique », dans Bourgault, S. et Perreault P. (dir.), *Le care. Éthique féministe actuelle*, Montréal, Éditions du remue-ménage, p. 53-69.
- Paperman, P. (2011), « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel », dans Paperman P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 321-337.
- Pattaroni, L. (2011), « Le *care* est-il institutionnalisable ? Quand la 'politique du care' émousse son éthique », dans Paperman P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 209-233.
- Tronto, J. C. (2005), « Au-delà d'une différence de genre : vers une théorie du *care* », dans Paperman P. et Laugier S. (dir.), *Le souci des*

Institutionnalisation de l'éthique du *care* :
limites pratiques des politiques publiques d'aide aux « dépendants »

autres. Éthique et politique du care, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, p. 51-77.

Tronto, J. C. (2010), « Creating Caring Institutions : Politics, Plurality, and Purpose », *Ethics and Social Welfare*, vol. 4, n° 2, p. 158-171.

Tronto, J. C. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, trad. H. Maury, Paris, La Découverte, 239 p.