

Le care entre dépendance et domination : l'intérêt de la théorie néorépublicaine pour penser une « *caring society* »

Marie Garrau

Volume 4, numéro 2, été 2009

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1044450ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1044450ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal

ISSN

1718-9977 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Garrau, M. (2009). Le care entre dépendance et domination : l'intérêt de la théorie néorépublicaine pour penser une « *caring society* ». *Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum*, 4(2), 25–42. <https://doi.org/10.7202/1044450ar>

Résumé de l'article

L'éthique du care est confrontée à un problème qui a des allures de paradoxe : bien que sa politisation paraisse nécessaire, l'éthique du care ne semble pas pouvoir trouver en elle-même les ressources suffisantes à la formulation d'une théorie politique compréhensive. Il ne semble pas exister de théorie politique du care à part entière. Cet article examine la fécondité d'un rapprochement entre éthique du care et théorie néorépublicaine de la non-domination. Le résultat, non négligeable, serait de garantir des formes importantes de protections aux activités de care, mais il cela n'empêcherait pas nécessairement les représentations négatives de ces activités, dont on peut supposer qu'elle est l'un des facteurs de la marginalisation et de la répartition inégale qui les affecte. Pour bloquer ces représentations dégradantes, il faudrait que le care soit discuté et défini dans l'espace public non seulement comme un lieu possible de la domination, mais comme un aspect fondamental et positif de la vie individuelle et collective.



LE CARE ENTRE DÉPENDANCE ET
DOMINATION: L'INTERÊT DE LA
THÉORIE NÉORÉPUBLICAINE POUR
PENSER UNE «*CARING SOCIETY*».

MARIE GARRAU
UNIVERSITÉ DE PARIS OUEST-NANTERRE

RÉSUMÉ

L'éthique du care est confrontée à un problème qui a des allures de paradoxe : bien que sa politisation paraisse nécessaire, l'éthique du care ne semble pas pouvoir trouver en elle-même les ressources suffisantes à la formulation d'une théorie politique compréhensive. Il ne semble pas exister de théorie politique du care à part entière. Cet article examine la fécondité d'un rapprochement entre éthique du care et théorie néorépublicaine de la non-domination. Le résultat, non négligeable, serait de garantir des formes importantes de protections aux activités de care, mais il cela n'empêcherait pas nécessairement les représentations négatives de ces activités, dont on peut supposer qu'elle est l'un des facteurs de la marginalisation et de la répartition inégale qui les affecte. Pour bloquer ces représentations dégradantes, il faudrait que le care soit discuté et défini dans l'espace public non seulement comme un lieu possible de la domination, mais comme un aspect fondamental et positif de la vie individuelle et collective.

ABSTRACT

The ethics of care is facing a paradox: although politicization seems necessary, the ethics of care does not seem able to find in itself sufficient resources to formulate a comprehensive political theory. There is no political theory of care per se. This article examines the possible and fruitful rapprochement of ethics of care with neorepublican theories of non-domination. The important result would be to guarantee the protection of important forms of care activities, but this would not necessarily block negative portrayals of these activities, which can be assumed of having provoked, at least partly, the marginalization and the uneven distribution that affects these activities. In order to stop these degrading representations, care must be discussed and defined in the public space not only as a possible locus of domination, but as a fundamental and positive aspect of individual and collective lives.

L'éthique du *care* est, depuis ses premières formulations au début des années 80 (Gilligan, 1982), confrontée à un problème qui a des allures de paradoxe : d'un côté, il semble que sa politisation soit nécessaire si elle souhaite sortir du statut de morale privée et de morale féminine qui lui a d'abord été attribuée, par ses critiques mais également par certains de ses défenseurs ; d'un autre côté pourtant, l'éthique du *care* ne semble pas pouvoir trouver en elle-même les ressources suffisantes à la formulation d'une théorie politique compréhensive, si on entend par là l'énoncé d'un idéal politique assorti des institutions et des règles censées en garantir l'application à une société politique donnée. Mieux, on peut se demander si l'exigence de répondre à la vulnérabilité et aux besoins spécifiques d'un autre particulier, qui pourrait constituer la maxime centrale de l'éthique du *care*, ne s'oppose pas frontalement à toute traduction dans le langage de la théorie politique, qui s'attache traditionnellement à définir les règles d'une coopération équitable entre des individus aux intérêts divergents et considérés de façon suffisamment abstraite pour que soit possible la justification de règles applicables à tous.

Des efforts théoriques importants ont cependant été produits par certaines théoriciennes du *care* pour essayer de montrer que l'idée d'une incompatibilité éthique et épistémologique entre les perspectives du *care* et de la justice se fondait sur une vision appauvrie et stéréotypée du *care*. Parmi ces tentatives, celle de Joan C. Tronto a notamment fait valoir l'intérêt de sortir de la vision sentimentaliste du *care* adossée au paradigme de la relation dyadique entre mère et enfant, pour penser le *care* comme une pratique sociale complexe et omniprésente, caractérisée par sa finalité propre et susceptible de se décomposer en une pluralité de phases engageant des actes et des acteurs sociaux différents. Dans son livre *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* (1993), Tronto propose une définition «holiste» du *care*, dans laquelle ce dernier désigne «une 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 subjectivités (*selves*) et notre environnement, tout ce que nous essayons de lier ensemble dans le réseau complexe qui soutient la vie.» (1993 : 103 – traduction libre). Elle montre ensuite qu'il est possible d'analyser tout processus de *care* en quatre phases (*to care about* ; *to take care of* ; *to give care* ; *to receive*

care), chacune d'elles commandant la mise en œuvre de valeurs morales spécifiques, respectivement l'attention, la responsabilité, la compétence et la réceptivité (1993 : 128 et sq). Située sur les plans descriptif et normatif, la perspective de Tronto vise ainsi un double objectif : d'une part proposer une définition du *care* qui rende visible la centralité des activités de *care* dans le maintien de la vie individuelle et la reproduction de la vie sociale, et d'autre part articuler cette définition à l'énoncé des valeurs caractéristiques d'un bon *care*. Ce faisant, Tronto défend l'idée selon laquelle l'éthique du *care*, loin d'être réductible à une morale privée ou féminine, doit être conçue comme une morale publique, énonçant des valeurs décisives pour le développement et le maintien d'une société politique juste.

La démarche de Tronto a posé les bases d'un certain nombre de travaux qui ont cherché à prolonger ce qui apparaissait dans *Moral Boundaries* comme un mouvement de «politisation» de l'éthique du *care*. Ces travaux possèdent une indéniable portée politique, en un double sens heuristique et critique : d'une part, ils ont contribué à faire apparaître comme des acteurs politiques porteurs de revendications légitimes les dispensateurs et les bénéficiaires de *care* ; d'autre part, ils ont contribué à mettre en évidence les mécanismes symboliques et institutionnels par lesquels la voix de ces acteurs et l'objet de leurs revendications sont systématiquement marginalisés, tenus à l'écart du débat public mais également des théories politiques traditionnelles. Ce faisant, ces travaux ont effectivement contribué à déconstruire l'image problématique de l'éthique du *care* comme morale féminine et comme morale privée. Mais ils n'ont pas pour autant résolu le problème que nous mentionnions en commençant. Car, à la thèse d'une portée politique des éthiques du *care* qu'ils ont permis de démontrer, répond encore un certain déficit normatif : il ne semble pas exister de *théorie politique du care* à part entière, capable de justifier ou de promouvoir, sur la base d'un idéal politique original, un certain nombre de changements dans l'organisation sociale et politique. Afin de progresser dans l'exploration de ce problème, nous voudrions ici nous interroger sur la fécondité d'un rapprochement entre éthique du *care* et théorie néorépublicaine de la non-domination. L'hypothèse que nous examinerons consiste à se demander si le déficit normatif qui caractérise les théories du *care* ne pourrait pas être avantageusement comblé par un rapprochement avec la théorie politique élaborée par Philip Pettit (1997). Autrement dit, la question

que nous voudrions poser consiste à se demander si l'idéal d'une « *caring society* » peut être ressaisi dans l'idiome néorépublicain de la non-domination et promu par les institutions néorépublicaines.

Nous procéderons en cinq moments. Après être revenu sur les enjeux de la politisation du *care* et les limites de propositions existantes en la matière (1), nous nous interrogerons sur la signification de l'idée de « *caring society* » et l'objection de paternalisme qu'elle soulève traditionnellement (2). Puis, nous essaierons de montrer qu'une réponse adéquate à celle-ci ne peut faire l'économie d'une discussion du problème de la domination dans les rapports de *care* (3). Nous verrons alors en quoi l'idéal néorépublicain de non-domination peut permettre de prendre ce risque au sérieux et d'y apporter des réponses convaincantes (4). Ce qui nous conduira, dans un dernier moment, à revenir sur le statut de la dépendance dans la théorie de la non-domination pour montrer en quoi la société néorépublicaine peut constituer une condition préalable à la réalisation d'une « *caring society* » (5).

1. POLITISER L'ÉTHIQUE DU CARE ? ENJEUX ET LIMITES DES PROPOSITIONS EXISTANTES.

« En dernière instance, une défense réussie de l'éthique du *care* exige d'exposer une théorie sociale et politique qui soit compatible avec les niveaux de *care* les plus étendus. Toute théorie morale s'accorde mieux avec certaines institutions sociales et politiques qu'avec d'autres. Les partisans de l'éthique du *care* doivent préciser quelles sont, d'après eux, les institutions sociales et politiques qui forment le contexte des acteurs moraux. » (Tronto : 2005).

Pour comprendre l'exigence ici posée par Tronto, il est nécessaire de rappeler le double diagnostic sur lequel elle s'étaye : premièrement, l'éthique du *care* est cantonnée par ses critiques à une morale des relations proches dont l'engagement en faveur du bien-être d'autres concrets n'aurait de sens et de portée qu'au sein de la sphère privée ; deuxièmement, ce cantonnement des valeurs de *care* à la sphère privée se traduit et se renforce dans l'invisibilisation sociale des activités de *care* et la marginalisation de ceux qui les prennent en charge. La force du diagnostic de Tronto provient ici de la thèse selon laquelle les arguments moraux dépendent d'un contexte politique pour être entendus, contexte qui peut fonctionner comme une « frontière » empêchant que certains arguments soient audibles (Tronto 1993 : chap.1). Tronto met ainsi en évidence le lien existant entre le

débat méta-éthique opposant une éthique du *care* à une éthique de la justice d'un côté, et les conditions ou le contexte sociopolitiques de ce débat de l'autre : selon elle, tant que la sphère publique sera dominée par les valeurs de l'autonomie et de l'autosuffisance, ainsi que par une vision abstraite de la réciprocité et une conception des individus comme séparés et dotés d'intérêts propres, les arguments en provenance d'une éthique du *care* seront systématiquement disqualifiés. La féminisation de l'éthique du *care*, de même que son assignation à une sphère privée conçue comme distincte et étanche de la sphère publique, doivent être compris comme les symptômes autant que comme les vecteurs d'une telle disqualification. La conclusion de ce raisonnement se laisse aisément formuler : la promotion des valeurs du *care* ne pourra s'opérer tant que le débat entre *care* et justice prendra la forme d'un simple conflit de normes, ou même d'un débat méta-éthique ; elle passe tout autant par la transformation du contexte social et politique dans lequel ce débat a lieu (1993 : 100). D'où l'importance que revêt l'exposition d'une théorie sociale et politique dont l'enjeu serait de rendre visible la centralité et l'importance sociale des activités de *care* et d'élaborer un idéal politique et des institutions politiques qui permettent de les mettre en œuvre au mieux.

Les travaux élaborés dans le champ de l'éthique du *care* depuis la publication de *Moral Boundaries* se sont principalement consacrés à la première dimension de la tâche identifiée par Tronto, à savoir la mise en évidence de la centralité des activités de *care* dans le maintien de la vie individuelle et la reproduction sociale. Ces travaux ont donné lieu à des débats sur la meilleure façon de définir le *care*, centrés autour de deux questions principales : (1) faut-il privilégier une définition du *care* en terme de dispositions éthiques ou en termes de pratiques ? (2) le *care* se déploie-t-il dans des relations de face-à-face uniquement, ou est-il susceptible d'englober des relations plus complexes, incluant des médiations institutionnelles et liant entre eux des individus éloignés ? Les réponses à ces questions sont évidemment déterminantes pour la possibilité d'une théorie politique du *care* : d'elles dépendent d'abord la possibilité de penser des relations de *care* qui ne s'arrêtent pas aux relations dyadiques ou interpersonnelles, et donc celle de répondre à l'objection de provincialisme (Tronto, 1993) ; d'elles dépend également l'identification des parties prenantes, plus ou moins nombreuses selon l'extension de la définition, des relations de *care*, et donc l'attractivité d'un idéal moral et politique formulé à partir d'elles ; d'elles dépendent enfin la possi-

bilité de réinterpréter dans le langage du *care* un certain nombre d'institutions et de pratiques sociales – de la médecine au soutien psychologique en passant par l'éducation, l'action sociale voire même l'urbanisme ou la protection de l'environnement¹.

Mais ces débats ont eu tendance à reléguer au second plan la partie constructive du programme défini par Tronto, à savoir la construction d'une théorie politique cohérente avec les finalités identifiées par les théories du *care* comme fondamentales, tant au plan individuel que social². Le travail de Tronto elle-même illustre le déséquilibre existant entre les dimensions analytiques et critiques des théories du *care* d'un côté, et leur dimension constructive de l'autre : seules les dernières pages de son livre sont consacrées à l'esquisse de ce que serait une société fondée sur les valeurs du *care*. Selon Tronto, cette société sera une société libérale, qui respecte, conformément aux exigences d'une éthique du *care* bien comprise, la séparation et l'individualité des personnes ; elle sera une société démocratique, qui garantira une égalité de participation des citoyens au débat public et confiera à ce dernier le soin de déterminer de quels besoins il est nécessaire de se soucier prioritairement et de quelle manière ; enfin elle sera une « *caring society* », au sens où les citoyens qui la composent reconnaîtront et mettront en pratique les valeurs caractéristiques d'un bon *care*. Nulle précision n'est donnée cependant sur la manière dont, institutionnellement, cette « *caring society* » pourrait être réalisée. D'une façon similaire, chez les théoriciennes qui ont tenté de démontrer l'intérêt politique de l'éthique du *care*, l'effort se ramène le plus souvent à l'énoncé, plus modeste, de propositions politiques concrètes touchant principalement les domaines de l'éducation (Noddings, 2002 ; Nussbaum, 2006) et de la prise en charge de la dépendance (Clement, 1996 ; Kittay, 1999 ; Harrington, 1999 ; Nussbaum, 2006), soit des domaines de l'action publique considérés comme traditionnellement féminins... Ainsi, assez ironiquement, les théories du *care* semblent reproduire, au moment où elles tentent d'en démontrer la relativité, les frontières de genre qui ont contribué à la disqualification durable de leur point de vue moral.

Il est possible de mettre le déséquilibre qui affecte les théories du *care* sur le plan normatif au compte de leur épistémologie morale contextuelle et de leur méthodologie critique. Si certaines théoriciennes admettent en effet que l'exigence éthique générale du *care* peut se formuler sous la forme d'un principe universel³, elles reconnaissent en général qu'il demeure difficile de déterminer *a priori* les

besoins de *care* et les modalités conséquentes d'un *care* adéquat sous la forme de règles et de principes universalisables, en raison du fait qu'un bon *care* est justement un *care* qui répond aux besoins spécifiques d'un autre concret. De ce point de vue, ce que nous avons qualifié de déficit normatif ou de déséquilibre ne serait tel que du point de vue dominant des théories politiques normatives existantes. Reste que cette hypothèse n'est pas pleinement satisfaisante pour deux raisons au moins. La première est que l'argument du contextualisme risque à tout moment de se retourner contre les théories du *care* et d'être interprété comme le signe d'une incapacité effective à formuler des principes politiques qui leur permettraient de dépasser une fois pour toutes les objections récurrentes de provincialisme et de paternalisme qui continuent de leur être adressées. La seconde est que les travaux en question cherchent effectivement à formuler une norme politique quand ils en appellent à l'idée d'une « *caring society* ». Deux questions se posent alors si l'on souhaite prendre au sérieux l'horizon normatif de la « *caring society* » invoqué par les théoriciennes du *care* : d'abord en quoi consiste-t-il précisément et comment en justifiera-t-on la portée normative ? Et ensuite, à quelles conditions et selon quelles modalités un tel idéal peut-il être mis en œuvre ?

2. L'IDÉAL DE LA « CARING SOCIETY » ET L'OBJECTION DU PATERNALISME.

L'expression de « *caring society* », bien que fréquemment mentionnée comme la fin politique à atteindre par les théoriciennes du *care*, manque en effet de détermination et est susceptible de recevoir des interprétations différentes. Elle peut renvoyer, en un sens fort et peu réaliste, à l'idée d'une société dans laquelle toutes les activités sociales seraient des activités de *care*, ce qui, dans l'hypothèse où l'on conserverait la définition proposée par Tronto, conduirait à nier de façon problématique l'existence d'activités sociales définies par des finalités autres telles que l'exercice du pouvoir, la production, la création ou la poursuite du plaisir. Mais elle peut également renvoyer, en un sens plus faible, à trois autres exigences distinctes et qui méritent d'être prises au sérieux. (1) Premièrement, une « *caring society* » pourrait être une société dans laquelle la satisfaction des besoins de *care* des citoyens figurerait parmi les objectifs politiques prioritaires, ce qui signifierait à la fois que tout citoyen pourrait y être considéré comme un bénéficiaire de *care* et réciproquement que les bénéfi-

ciaires de *care* s'y verraient considérés comme des citoyens à part entière et dotés d'un statut assurant la prise en compte de leurs besoins. (2) Deuxièmement, une société pourrait être qualifiée de « *caring* » dans la mesure où les activités de *care* y seraient effectuées dans des conditions optimales, c'est-à-dire dans des conditions de répartition équitable, de sorte que les dispensateurs de *care* cette fois soient considérés comme des citoyens à part entière et dotés d'un statut leur assurant une reconnaissance et une protection égales à celles dont jouissent les autres citoyens. (3) Troisièmement, une « *caring society* » pourrait désigner une société dans laquelle les valeurs du *care* identifiées par Tronto constitueraient des critères d'évaluation (non nécessairement exclusifs) des pratiques et des institutions sociales et politiques, au prisme desquelles il serait possible de réinterpréter les relations entre citoyens d'une part et entre citoyens et gouvernants d'autre part⁴. Si l'on retourne au diagnostic de Tronto, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle ces trois exigences, correspondant aux trois significations de l'idée de « *caring society* », sont liées entre elles par de multiples liens de réciprocité. On peut par exemple émettre l'hypothèse selon laquelle ce n'est que dans une société où serait réalisée la troisième exigence que la première pourrait être remplie, dans la mesure où seule une société attentive à la formulation des besoins de *care* de ses membres pourrait espérer y répondre adéquatement. Mais inversement, on peut supposer que ce n'est qu'à la condition de revaloriser les activités de *care*, à la fois au sens étroit de travail de la dépendance et au sens large d'activités visant la conservation de notre monde, que la troisième exigence pourra être réalisée. Enfin, on peut également penser que la première exigence, celle de répondre adéquatement aux besoins de *care* des citoyens, repose sur la réalisation de la deuxième, qui implique d'accorder une pleine reconnaissance aux dispensateurs de *care*. Au final, on serait donc tenté de penser qu'une authentique « *caring society* » serait une société dans laquelle ces trois exigences seraient réalisées conjointement.

En ce point, il est cependant nécessaire de faire place à une objection qui nous permettra d'introduire l'intérêt de la théorie néorépublicaine comme vecteur possible de réalisation d'une « *caring society* ». Cette objection est la suivante : tenter de repenser les pratiques et les institutions sociales à l'aune des valeurs du *care*, et faire de la satisfaction des besoins de *care* des citoyens un objectif politique prioritaire, ne risque-t-il pas de conduire à l'instauration d'un

Etat paternaliste qui, au nom du bien-être des gouvernés, les traiterait soit en receveurs passifs des biens à distribuer, soit en individus fragiles qu'il s'agirait avant tout de protéger, y compris éventuellement d'eux-mêmes ? Autrement dit, la volonté de politiser l'éthique du *care* en faisant de sa finalité propre un idéal politique et de ses valeurs les critères normatifs de bonnes institutions politiques, ne risque-t-il pas d'aboutir au déni de l'autonomie des citoyens et à la justification de formes d'intervention de l'Etat qui ne tiennent pas compte de leur volonté exprimée ou de leurs intérêts déclarés ?

Évidemment, l'objection de paternalisme comporte un présupposé qui ne va pas de soi, selon lequel politiser le *care* reviendrait à transposer littéralement le modèle de la relation entre dispensateur de *care* et bénéficiaire de *care* à la relation politique entre gouvernés et gouvernants. Elle se fonde donc sur une double réduction : réduction de la politisation à la transposition littérale d'une même structure relationnelle d'une part, et réduction des rapports de *care* à des relations dyadiques d'autre part. De ce point de vue, on peut commencer par y répondre en soulignant que cette double réduction est arbitraire : comme on a essayé de le montrer plus haut, la politisation recouvre des exigences plurielles, qui peuvent être poursuivies ensemble ou non, mais qui, dans l'ensemble, renvoient davantage à la capacité d'une société à mettre en place les conditions de bonnes pratiques de *care* et à en diffuser les valeurs, qu'à l'idée selon laquelle les gouvernants eux-même devraient se montrer « *caring* » à l'égard des citoyens. De plus, et comme l'a montré Tronto, le *care* ne se réduit pas à la relation directe entre le dispensateur de *care* et le bénéficiaire (phase qu'elle désigne par le verbe *to give care* – ou prendre soin), de sorte qu'il n'y a pas de raisons de penser a priori que la politisation ne serait que la généralisation d'un tel modèle.

Ces remarques ne constituent cependant pas une réponse complète à l'objection de paternalisme, qui demeure tenace pour trois raisons principalement. La première est que, en dépit des analyses de Tronto et de la fécondité de sa définition holiste, les activités de *care* restent en général associées, dans les représentations sociales mais aussi dans les travaux universitaires, à ce qui constitue le cœur de la définition qu'elle propose, le « *care-giving* » ou le fait de prendre soin, qui prend le plus souvent la forme d'un rapport asymétrique de dépendance. La seconde est que c'est justement en réponse aux dilemmes moraux nés des relations de dépendance que s'est initialement formulée l'éthique du *care*, dont le développement s'est en outre accom-

pagné d'une critique virulente du paradigme de l'homme autonome, menée au nom de la vulnérabilité humaine et des relations de dépendance qui en dérivent (Tronto, 1993 : 134-135 ; Code, 1991 ; Fineman, 2004 : 31-54)⁵. La troisième, et nous y reviendrons plus loin, est que l'analyse de ces rapports de dépendance, tant du point de vue des dispensateurs de *care* que des bénéficiaires de *care*, met en lumière la centralité de la domination comme risque dans tous les rapports de *care* (Kittay, 1999 : 33-37, 40-42). Au regard de ces raisons, on peut douter qu'une réponse convaincante à l'objection de paternalisme puisse se contenter de souligner que la politisation du *care* ne renvoie pas à ce que l'objection présuppose, ou que le *care* inclut des activités sociales complexes non réductibles à des activités de soin dans le cadre de relations de dépendance. Elle devra d'abord prendre au sérieux le problème qui constitue le motif principal de l'objection de paternalisme, à savoir le risque de la domination au sein des rapports de *care*, et montrer comment ce risque peut être minimisé sinon éradiqué.

Les théoriciennes du *care* ont le plus souvent tenté de répondre à l'objection de paternalisme sur un plan moral, l'enjeu étant alors de définir les modalités d'une relation de *care* réussie «ou non distordue» (Clement, 1996), en dégagant quels types d'attitudes étaient requis de la part des membres de la relation. Une première stratégie a consisté à revenir sur le rapport entre vulnérabilité et autonomie dans l'éthique du *care* pour soutenir qu'une relation de *care* bien comprise non seulement requerrait la présomption de l'autonomie du bénéficiaire de *care*, mais en outre était destinée à promouvoir cette dernière. Dans cette optique, on a fait valoir que (1) la critique adressée par les théories du *care* s'adressait davantage à l'idéologie de l'autonomie qu'au concept d'autonomie, lequel est susceptible de recevoir une pluralité d'interprétation (Code, 1991 ; Clement, 1996), et (2) que l'éthique du *care*, tout en insistant sur la vulnérabilité comme trait de la condition humaine et sur la centralité des relations de dépendance, étaient compatibles avec une conception relationnelle de l'autonomie (Mackenzie et Stoljar, 2000). Cette dernière insiste (a) au plan descriptif sur l'importance des relations de *care* pour le développement de l'autonomie comme capacité morale (Clement, 1996) et (b) au plan normatif sur la séparation des personnes, ou leur unicité (Clement, 1996 ; Nussbaum, 1999 ; 2000 ; 2006). Ce que les théoriciennes du *care* qui ont emprunté cette voie ont donc cherché à défendre, c'est une posture théorique qui allie, à une ontologie sociale

relationnelle affirmant la constitution intersubjective des capacités morales, un individualisme éthique reconnaissant l'individu singulier comme la fin de l'action morale⁶. La question ne serait donc pas pour elles de savoir ce que, de l'individu ou de la relation, il faudrait privilégier ; elle serait bien plutôt de savoir *quels types de relations* peuvent permettre de favoriser le bien-être d'un individu, étant entendu que l'autonomie est pensée comme une dimension de ce bien-être.

Cette première stratégie se heurte cependant rapidement à un double problème : d'abord elle ne nous dit pas ce que signifie concrètement, pour le dispensateur de *care*, de viser l'autonomie d'un bénéficiaire de *care* qui est dépendant de lui ; d'autre part, cette stratégie ne peut répondre à l'objection selon laquelle certaines situations de dépendance excluent *a priori* que l'autonomie du bénéficiaire du *care* soit ce qu'il faille ou même ce qu'il soit possible de viser (Kittay, 1999 ; Pattaroni, 2005). C'est pourquoi on a pu lui préférer une seconde stratégie, qui consiste à insister cette fois sur la réceptivité du dispensateur de *care* à l'égard des attentes exprimées par le bénéficiaire de *care*, et à faire de cette réceptivité un élément constitutif d'une bonne relation de *care* (Tronto, 1993 : 135-136). Faire de la réceptivité du dispensateur de *care* plutôt que de l'autonomie présumée du bénéficiaire de *care* une garantie contre la transformation de l'asymétrie en domination semble *a priori* permettre de prendre en compte une palette plus large de relations de *care*, notamment celles dans lesquelles le bénéficiaire du *care* s'avère être extrêmement dépendant⁷. Cette stratégie n'est pas cependant exempte de difficultés non plus. La principale est liée à la question cruciale qu'elle laisse en suspens, et qu'on pourrait formuler ainsi : comment garantir que le dispensateur de *care* fera effectivement preuve de réceptivité et prendra en compte la voix (éventuellement dissonante ou dissonante) du bénéficiaire du *care* ? Peut-on se contenter de s'en remettre pour cela à sa bonne volonté, à l'attachement qui le lie au bénéficiaire de *care*, ou à sa conscience professionnelle ?

On voit ici ce qu'ont en commun les deux stratégies examinées : en insistant sur les propriétés morales de la relation de *care* ou de ses membres uniquement, elles opèrent certes une ligne de partage entre un bon *care* et un mauvais *care*, ce dernier étant caractérisé par un certain exercice de la domination. Mais en faisant dépendre la possibilité du bon *care* sur les seules attitudes du dispensateur de *care*, il n'est pas sur qu'elles fournissent une réponse suffisante à l'objection de paternalisme. En effet, cette objection ne se nourrit pas

simplement du constat selon lequel les relations de *care* s'adressent prioritairement à un être vulnérable et dépendant. Elle procède principalement de la crainte que la situation de dépendance, réinstaurée dans la relation de *care*, ne justifie une relation de domination dans laquelle aucun cas ne serait fait de la voix ou des intérêts du bénéficiaire de *care*. Autrement dit, l'objection de paternalisme ne remet pas nécessairement en cause la possibilité d'un bon *care*, mais elle met au premier plan la question des moyens nécessaires pour se prémunir contre l'instauration de mauvaises relations de *care*; si bien qu'en invoquant la distinction normative entre bon et mauvais *care*, on passe en partie à côté du problème qu'elle soulève. Ce dernier ne pourra être résolu, et l'objection de paternalisme définitivement écartée, tant qu'on n'aura pas pris au sérieux le risque de la domination dans les relations de *care*.

3. LE RISQUE DE LA DOMINATION DANS LES RAPPORTS DE CARE.

Que les relations de *care* aillent de pair avec des risques de domination est d'abord lié au fait qu'il s'agit de relations qui, structurellement, se caractérisent par des asymétries de pouvoir plus ou moins importantes⁸. Cela semble évident de la relation de *care* directe qui unit le dispensateur de *care* au bénéficiaire du *care*, où l'asymétrie de pouvoir est d'autant plus importante que la dépendance du second au premier est forte. Comme le note Kittay (1999 : 34), compte tenu de sa position, « le travailleur de *care* est bien placé pour abuser de celui qu'il a en charge » : il peut affecter son bien-être, ses actions et ses attentes, et ce d'autant plus facilement que (1) le travailleur est le seul à s'en occuper, (2) son rôle lui confère la fonction et le statut de celui qui protège, (3) le bénéficiaire du *care* exprime difficilement ce que sont ses intérêts ou ses besoins. Ainsi, la relation de *care* qui se présente initialement comme une réponse à la vulnérabilité d'un être dans le besoin, peut devenir le lieu d'un accroissement de cette vulnérabilité initiale, dans la mesure où le bénéficiaire de *care* se trouve exposé aux actions du travailleur de *care* lui-même. Le paradoxe étant alors que cela même qui devrait engendrer, chez le travailleur de *care*, l'obligation morale de répondre aux besoins ou de prendre soin – à savoir la vulnérabilité du bénéficiaire de *care* – se révèle aussi être une condition d'exercice de la domination...⁹ A ce niveau, il est certes important de distinguer, comme le fait Kittay, l'inégalité de pouvoir de l'exercice de la domination (1999 : 33) et

de souligner que les relations de *care*, tout en étant des relations de dépendance, ne sont pas *nécessairement* des relations de domination¹⁰. Cela dit, il est tout aussi important de souligner que les relations de *care* constituent un contexte favorable à l'exercice de la domination et que, d'un point de vue empirique, il n'existe pas de contradiction entre relations de *care* et des formes douces de domination : la domination peut s'exercer « au nom » des intérêts du bénéficiaire de *care*; le travailleur de *care* être effectivement persuadé d'agir conformément à ces intérêts; et le bénéficiaire du *care* peut à son tour admettre qu'on lui dicte ce que sont ses intérêts, estimant, en raison de sa situation de dépendance, qu'il n'est finalement pas le mieux placé pour les définir.

Paradoxalement, la centralité du risque de la domination dans les relations de *care* apparaît également si on considère non plus la position du bénéficiaire du *care*, mais celle des travailleurs de *care* qui prennent en charge leurs besoins. Les théoriciennes du *care* ont en effet souligné que ces travailleurs, loin d'occuper simplement la position de dominant potentiel, étaient également exposés au risque croisé d'une triple domination. La première est une domination psychologique. Paradoxalement exercée par le bénéficiaire de *care*, elle dérive de la responsabilité morale généralement associée aux activités de *care*, responsabilité d'autant plus forte que la dépendance du bénéficiaire de *care* concerne la satisfaction de besoins considérés comme vitaux ou que le travailleur de *care* est seul en position de pouvoir les satisfaire. Comme l'ont souligné Bubeck (2003) et Kittay (1999), si la relation de *care* peut être le lieu d'un tel renversement, c'est dans la mesure où pour être effectué correctement, le travail de *care* suppose une disponibilité constante et un important investissement physique et psychique de la part du travailleur de *care*, contraint de s'ouvrir à l'autre et de demeurer à l'écoute de ses besoins. Cette condition d'ouverture, alliée à l'objectif concret de satisfaire les besoins du bénéficiaire de *care* et à l'obligation morale de prendre en compte leur expression, rend compte de la pénibilité propre du travail de *care*. Cette pénibilité peut constituer un facteur de risque supplémentaire de domination pour le bénéficiaire de *care* dans la mesure où avec elle s'accroît la possibilité pour le travailleur de *care* de ne pas parvenir à adopter l'attitude morale idéalement requise par son travail¹¹. Mais, il faut ajouter que la pénibilité propre au travail de *care* rend également celui qui l'effectue vulnérable à ce que Kittay appelle « une certaine tyrannie de la charge », laquelle consiste à

exploiter l'engagement moral ou les sentiments du travailleur de *care*, et peut par exemple se manifester dans l'invention intempestive de nouveaux besoins. Dans une telle configuration, la domination s'atteste dans le fait que les intérêts propres du travailleur de *care* sont niés, et sa vulnérabilité est d'autant plus grande qu'il ne peut tout simplement décider de mettre un terme à la relation.

A cette première forme de vulnérabilité s'en ajoute une seconde, qui comporte elle aussi un risque spécifique de domination. Ce dernier procède de la dépendance dans laquelle les travailleurs de *care* se trouvent souvent à l'égard d'un tiers, dont le soutien économique est nécessaire à la fois à la satisfaction de leurs propres besoins, et indirectement à la perpétuation des relations de *care* dont ils ont la charge. Ce tiers est de façon paradigmatique le conjoint qui subvient économiquement aux besoins de sa femme si celle-ci doit s'occuper de personnes dépendantes dans le cadre domestique. Toutefois, dans la mesure où le travail de *care*, quand il est salarié, est faiblement rémunéré, elle peut aussi caractériser la situation de travailleurs de *care* salarié à l'égard d'un proche, de l'Etat ou de réseaux sociaux plus ou moins informels (Kittay, 1999 : 40-42). Cette « dépendance seconde » ou « dérivée » (Kittay, 1999 : 133-134), rend le travailleur de *care* vulnérable à celui dont il dépend et l'expose à des risques de domination d'autant plus grands qu'est exigeant le travail de *care* effectué, et dépendant de lui le bénéficiaire de *care*.

Le caractère problématique de cette « dépendance dérivée » trouve cependant sa condition de possibilité dans ce qui constitue la troisième forme de domination à laquelle peuvent être exposés les travailleurs de *care*, qui relève davantage d'une domination sociale structurelle. L'analyse des conditions sociales du travail de *care*, qu'il soit ou non salarié, a en effet mis en évidence le fait qu'à la marginalisation des activités de *care* répondait la non-reconnaissance des travailleurs eux-mêmes, laquelle s'exprime tant dans la répartition inégale des activités de *care* selon des axes de genre mais aussi de classe et de race (Glenn, 2000), que dans la faiblesse du statut social des travailleurs de *care* et de leur rémunération quand elle existe. Il est correct d'affirmer de ce point de vue que l'éthique du *care* est une morale de dominés (Dorlin, 2005), non au sens où elle serait vouée à traduire une position sociale subalterne dans une éthique qui la justifierait *a posteriori*, mais au sens où ceux qui effectuent les activités à partir desquelles elle s'est développée occupent effectivement une position dominée dans l'organisation sociale. Comme l'a bien

montré Tronto, ni les représentations sociales, ni les valeurs politiques, ni la division sociale du travail ne permettent que les voix des travailleurs de *care* et de ceux dont ils s'occupent soient effectivement prises en compte dans l'espace public. A ces obstacles s'ajoutent en outre la difficulté, pour les travailleurs de *care*, à sortir de relations dont dépendent le bien-être et parfois la vie d'autres individus, et par conséquent la faible accessibilité des moyens d'action collective qui impliquent la suspension des activités (Tronto, 1993 ; Clement, 1996).

Les relations de *care* apparaissent ainsi comme un nœud complexe de relations de dépendance, qui n'engagent pas uniquement travailleurs et bénéficiaires de *care*, bien que ces derniers se situent en leur cœur. Ces relations de dépendance, entre les bénéficiaires et les travailleurs de *care*, entre les travailleurs de *care* et les acteurs sociaux et institutions sociales indirectement impliqués dans la relation de *care*, vont chaque fois de pair avec la possibilité de formes de domination, et c'est pourquoi il est possible de comprendre les groupes des bénéficiaires de *care* et des travailleurs de *care* comme des « classes de vulnérabilité », expression qui désigne chez Pettit des groupes sociaux composés d'individus vulnérables à des formes particulières de domination, en raison d'une position sociale spécifique (Pettit, 2004 : 162)¹². Les rapports de *care* auraient donc une « face sombre », que le seul appel aux dispositions morales de ceux qui y participent ne saurait suffire à évacuer. Ce que l'omniprésence du risque de la domination dans les relations de *care* tend au contraire à suggérer, c'est qu'il convient plutôt de s'interroger sur leur dimension politique, laquelle renvoie à la répartition du pouvoir au sein des relations de *care* directe, mais aussi plus largement à la position des acteurs de cette relation dans l'espace social en général.

4. L'IDÉAL DE NON-DOMINATION : UNE RESSOURCE POUR RÉPONDRE AUX VULNÉRABILITÉS DES BÉNÉFICIAIRES ET DES DISPENSATEURS DE CARE ?

La théorie néorépublicaine peut-elle nous permettre de prendre en compte les dimensions politiques des relations de *care* et de répondre aux problèmes qu'elles posent ? Au premier abord, on serait tenté de donner à cette question une réponse positive, corroborant la thèse de Pettit selon laquelle l'idéal de non-domination permet de fédérer un ensemble important de revendications généralement considérées comme hétérogènes (Pettit, 2004 : 24, 174-193). Si en effet les bénéficiaires de *care* et les dispensateurs de *care* peuvent être considérés

comme des « classes de vulnérabilité », on peut penser que l'idéal de non domination constituera un idéal attractif de leurs points de vue. Par ailleurs, si on accepte l'idée selon laquelle ce qui distingue un bon *care* d'un mauvais *care* repose précisément sur le fait que la relation de dépendance ne bascule pas dans une relation de domination, on peut aussi penser que l'idéal de non-domination peut fournir aux théories du *care* une solution politique intéressante pour parvenir à promouvoir des relations de *care* satisfaisantes à l'échelle sociale. Si bien qu'on pourrait finalement se demander si une société néorépublicaine, dans laquelle chacun serait assuré de jouir de la non-domination, ne constituerait pas le préalable à l'instauration d'une « *caring society* ». La réponse à cette question, de la même façon que la vérification des hypothèses qui la précèdent, requiert cependant que l'on revienne à la définition donnée par Pettit de l'idéal de non-domination et qu'on la soumette aux questions suivantes. Premièrement, les formes de domination auxquelles s'adresse cet idéal tel que formulé par Pettit correspondent-elles aux formes de domination que nous avons identifiées précédemment comme étant celles auxquelles les parties prenantes des relations de *care* sont exposées ? Deuxièmement, s'il s'avérait que l'idéal de non-domination était utile pour penser les problèmes internes aux relations de dépendance, comment penser sa réalisation dans ce cadre ?

La première question est une question analytique qui renvoie à la définition de la non-domination chez Pettit et à sa pertinence pour penser les problèmes qui surgissent dans les relations de *care*. Pettit définit la domination de la façon suivante : « un agent en domine un autre si et seulement si il dispose d'un certain pouvoir sur celui-ci, en particulier le pouvoir d'interférer arbitrairement dans ses actions. Il le tient sous son emprise et cette emprise est arbitraire. » (2004 : 77) Il précise que l'agent dominant peut être individuel ou collectif ; quant à l'agent dominé, il s'agit ultimement d'un individu, même si cette domination peut s'exercer en raison de son appartenance à un groupe social, comme c'est le cas avec les classes de vulnérabilité (2004 : 162). Pettit souligne ensuite que (1) l'interférence détériore la situation de celui qu'elle affecte et doit avoir un caractère intentionnel minimal (la négligence pouvant en relever), (2) qu'elle peut affecter l'éventail des options envisageables par le dominé, les attentes qu'il associe à ses options ou leur résultat, (3) enfin qu'elle est arbitraire au sens où « elle ne dépend que de la seule volonté de l'agent et en particulier, [l'acte étant] engagé sans égard pour les intérêts et

les opinions de ceux qu'il affecte. » (2004 : 81) Enfin Pettit dégage un certain nombre d'exemple de dominations, parmi lesquels le « propriétaire d'esclave », mais aussi « le mari qui peut battre son épouse (...) sans avoir à encourir davantage que la simple désapprobation de ses voisins », « l'employeur qui (...) peut licencier ses salariés et n'éprouve pas la moindre gêne à agir de la sorte ». (2004 : 83-84) Ces derniers exemples sont importants parce qu'ils montrent selon Pettit que la domination peut exister jusque « dans des sociétés régies par le droit » (2004 : 83). Ils nous permettent ainsi de comprendre que ses conditions ne sont pas simplement juridiques et politiques mais également sociales et culturelles.

On sait en outre que l'enjeu de cette définition de la domination consiste notamment à distinguer celle-ci de ce que la tradition libérale identifie selon Pettit comme le mal politique par excellence, à savoir l'interférence. Le propre de la domination de ce point de vue, est qu'elle peut recouvrir deux types de situations que la focalisation libérale sur le problème de l'interférence ne permet pas de qualifier de problématique, à savoir les cas où des interférences sont avérées mais non arbitraires d'une part, et les cas où des interférences pourraient se produire de façon arbitraire. C'est en présentant cette distinction que Pettit introduit ce qui constitue pour lui le paradigme de la domination, à savoir le maître bienveillant (2004 : 52-57). Ce dernier peut ne pas interférer dans les actions de son esclave, il peut même prendre ses intérêts en compte. Mais il peut aussi, en raison simplement d'un changement dans sa volonté, se mettre à interférer avec les actions de l'esclave. De ce point de vue, il exerce une domination car celle-ci, ainsi que le résume Pettit « est liée à la *possibilité* de l'interférence arbitraire ». L'effet produit sur l'individu dominé est qu'il demeure dans l'incertitude, incapable de savoir si, quand, comment et pourquoi une interférence se produira ou non.

Ces quelques indications suffisent à voir l'intérêt que présentent les analyses de Pettit pour penser les risques induits par les relations de *care*. Le travailleur de *care* peut en effet apparaître comme un avatar du maître bienveillant présenté par Pettit, *dans la mesure où rien, sinon sa volonté propre, ne le retient d'abuser du pouvoir qui est le sien en raison de l'asymétrie de la relation de care. Dans ce cas là en effet*, le travailleur de *care* peut, on l'a vu, interférer avec les choix de celui dont il prend soin, réduire l'éventail des options disponibles, modifier ses attentes, intervenir sur les résultats des actions entreprises, et même affecter son bien-être. *Dans ce cas là,*

il dispose bien de la capacité d'interférer arbitrairement, qui est pour Pettit la condition de la domination. C'est pourquoi la non-domination, que Pettit définit au contraire comme « un statut social qui rend relativement imperméable à toute interférence arbitraire et donne le moyen de jouir d'un sentiment de sécurité et de reconnaissance du rang qui est le nôtre dans la société, (...) une condition en vertu de laquelle une personne est plus ou moins immune, plus ou moins manifestement immune à toute interférence de nature arbitraire » (2004 : 10), la non-domination, donc, peut paraître attractive du point de vue des bénéficiaires de *care*.

Mais on aurait tort de s'en tenir là, pour deux raisons : la première est que la non-domination peut également apparaître comme un statut enviable pour les travailleurs de *care*, et la seconde est que le fait d'assurer aux bénéficiaires de *care* un tel statut semble passer par le fait de l'assurer aux travailleurs de *care*. De sorte que les relations de *care* nous donnent l'occasion d'illustrer la thèse de Pettit selon laquelle « au jeu de la non-domination, les destins sont intimement liés » (2004 : 162), ce qui signifie que la non-domination est un « bien commun » qui ne peut être réalisé pour les uns sans être réalisé pour les autres. Comment en effet garantir la non-domination aux bénéficiaires de *care* ? Pour répondre à cette question, on peut rappeler que Pettit définit deux stratégies politiques pour réaliser la non-domination à l'échelle sociale (2004 : 95-96), la stratégie de la réciprocité des pouvoirs qui consiste à égaliser les ressources entre le dominant et le dominé, et la stratégie par disposition constitutionnelle, qui consiste à instituer une autorité constitutionnelle, soit un tiers qui puisse retirer aux parties le pouvoir d'interférer arbitrairement. A l'échelle de la relation de *care*, ces deux orientations paradigmatiques peuvent être reprises : il s'agirait alors de protéger le bénéficiaire de *care* des interférences arbitraires du travailleur de *care*, soit en déterminant des moyens pour rééquilibrer les pouvoirs, soit en remplaçant la relation duale par une relation tri- ou multipartite, au sein de laquelle chacun serait en position de médiateur possible.

A première vue, on peut penser que cette seconde stratégie serait plus efficace, l'idée d'un rééquilibrage des pouvoirs dans le cadre d'une relation de dépendance pouvant sembler utopique. Pourtant, on peut penser que le simple fait d'accorder un statut juridique et économique décent aux bénéficiaires de *care* (comme le réclament les associations de défense des personnes handicapées par exemple) ne serait pas sans effet sur la relation de *care*. De même, on peut pen-

ser que la diffusion de représentations culturelles visant à combattre l'idée selon laquelle les bénéficiaires de *care* ne sont *que* les receivers passifs de l'aide d'un tiers contribuerait également à minimiser les traitements dégradants dont ils peuvent parfois être l'objet. La seconde stratégie, consistant à introduire un tiers doté d'une autorité reconnue dans la relation asymétrique, peut cependant sembler plus probante. Ce tiers peut prendre différentes figures selon la configuration initiale de la relation : cela peut être un travailleur salarié dans le cas où le travail de *care* est pris en charge par un proche non salarié ; cela peut être un proche quand la majeure partie du travail de *care* est prise en charge par un travailleur salarié ; cela peut encore être le chef de service dans le cas où le travail de *care* s'effectue dans un unité de soin professionnelle, etc. On peut ici souligner que le modèle de la *douilia*, dont Kittay s'inspire pour dégager une norme nouvelle de coopération sociale, se rapproche d'une telle relation ternaire, qui présenterait un double avantage : d'abord, elle permettrait de réduire la vulnérabilité du bénéficiaire de *care*, laquelle est aussi fonction du « monopole » dont jouit celui qui le prend en charge (Goodin, 1985 : 195), en lui garantissant une pluralité d'interlocuteurs possibles ; mais surtout, elle permettrait d'alléger le fardeau que constitue le travail de *care* quand il est pris en charge par un individu seulement, et de partager la responsabilité qui lui est lié.

Cette dernière remarque conduit à se demander si la meilleure manière de garantir la non-domination des bénéficiaires de *care* ne serait pas simplement de garantir celle des travailleurs de *care*. On a en effet montré que les travailleurs de *care* étaient eux-aussi les victimes potentielles de formes de domination, personnelle ou sociale, qui se manifeste dans leur dépendance économique à l'égard de tiers, dans la faible reconnaissance sociale dont jouissent leurs activités et dans l'expansion de formes d'organisation du travail qu'ils estiment contradictoires avec les fins de leur travail. Cette exposition à la domination les place dans des situations de dilemmes, psychologiques et moraux, qui peuvent rejaillir sur leurs activités de *care* et accroître la vulnérabilité à leurs actes de ceux dont ils s'occupent. Comme le souligne Selma Sevenhuijsen (1998 : chap. 1), on ne peut comprendre les cas de mauvais traitement qui surviennent dans des relations de *care*, si on se contente d'incriminer la méchanceté, l'irresponsabilité ou la négligence présumée des travailleurs de *care*, autrement dit si on les réduit à des fautes morales. Seule la réalité du travail de *care*, le constat de sa pénibilité propre et des injonctions contra-

dictoires dans lesquelles peuvent être placés les travailleurs de *care* (la principale étant dévoues-toi au bien-être de l'autre sans te préoccuper du tien), peut permettre de comprendre que les activités de *care* puissent devenir le lieu de la domination, et de déterminer des moyens de l'éviter.

Or là encore les analyses de Pettit se révèlent utiles. Outre la distinction entre les deux grandes stratégies précédemment indiquées, Pettit indique en effet deux grandes modalités de réductions de l'arbitraire dans le cas des relations asymétriques : les filtres et les sanctions. Comme leur nom l'indique, les sanctions consistent à attacher un coût important la perpétration d'une interférence arbitraire. Dans le cas qui nous concerne, elles consisteraient à pénaliser, juridiquement, économiquement ou symboliquement, tout travailleur de *care* qui exercerait une domination à l'encontre de la personne dont il a la charge. On notera au passage qu'un tel dispositif de contrôle implique, là encore, d'éviter autant que possible que la relation de *care* n'engage que deux agents, le bénéficiaire et le travailleur de *care*. Le problème des sanctions cependant est que, dans la mesure où elle fonctionne comme des menaces, elles peuvent paralyser le travailleur de *care* de plusieurs points de vue : d'un point de vue psychologique, elles peuvent empêcher le travailleur de *care* d'adopter l'attitude d'ouverture requise par sa tâche ; et d'un point de vue pratique, elles peuvent l'empêcher de prendre les décisions requises par son travail, lesquelles doivent parfois se prendre dans l'urgence, sans consulter le bénéficiaire de *care*, voire même en ne se conformant pas à ses attentes – ce qui pose la question de l'inévitabilité de la domination au sens de Pettit dans les relations de *care* (nous reviendrons sur ce point). C'est pourquoi on peut leur privilégier la seconde modalité destinée à éviter la domination selon Pettit, en l'occurrence l'emploi des filtres. Les filtres sont des contraintes posées sur l'action et destinées à éviter et à prévenir les interférences arbitraires. Leur spécificité est d'agir en amont de l'acte pour l'orienter, par exemple en définissant a priori ce qu'il convient de faire et de ne pas faire, en déterminant des procédures d'actions adéquates, etc. Dans le cas qui nous intéresse, des filtres efficaces pourraient consister à encadrer les activités de *care* en définissant les normes d'un bon *care* en fonction des situations où il s'exerce, mais également en s'assurant que les travailleurs de *care* disposent de conditions de travail qui leur permettent effectivement d'atteindre les finalités qu'ils

assignent à leur travail. Ainsi, en disposant en amont les conditions matérielles, sociales, symboliques nécessaires à de bonnes pratiques de *care*, on prémunirait à la fois les bénéficiaires de *care* contre l'irruption de la domination dans les relations de *care*, et les travailleurs de *care* contre les formes dérivées de domination auxquelles ils peuvent être exposés en raison de leur faible statut social.

5. LE STATUT DE LA DÉPENDANCE DANS LE NÉORÉPUBLICANISME : VERS UNE « CARING SOCIETY » ?

Le propos de Pettit restant assez général et ne prenant pas explicitement pour objet les relations de *care*, il n'est pas forcément évident de déterminer plus avant comment, concrètement, garantir aux bénéficiaires et aux travailleurs un statut de non-domination. L'enjeu pour nous est simplement ici de montrer que le langage néorépublicain peut permettre de ressaisir les problèmes auxquels bénéficiaires et travailleurs de *care* sont confrontés dans leurs relations et activités et de dégager des orientations pratiques pour y répondre. Tel est le cas nous semble-t-il des concepts de domination et de non-domination, deux types de stratégie définies par Pettit pour répondre à la domination, ainsi que de la notion de filtre. Dans un article récent, Marilyn Friedman a pourtant soutenu la thèse selon laquelle le néorépublicanisme de Pettit, bien qu'en apparence séduisant pour le féminisme, était particulièrement peu adapté pour penser les relations de *care* (Friedman, 2008). L'argument qu'elle propose pour le démontrer se déploie en deux moments : elle commence par soutenir que le concept de domination de Pettit serait trop large et aboutirait à identifier toute relation de dépendance à une relation de domination (2008 : 250-252) ; ce qui la conduit à poser que l'idéal de non-domination est non seulement inaccessible aux bénéficiaires de *care*, mais en outre viserait implicitement le dépassement de toute les situations de dépendance, niant ainsi leur dimension morale spécifique (2008 : 252-254). Finalement, le néorépublicanisme reproduirait l'écueil libéral que les théoriciennes du *care* ont si souvent souligné : il se fonderait lui aussi sur une conception de l'individu comme être indépendant et rationnel (2008 : 255).

Friedman appuie l'essentiel de sa démonstration sur deux éléments : le premier est la définition que donne Pettit de la domination, dans laquelle il fait de la condition de celle-ci la « capacité à interférer de façon arbitraire ». Selon Friedman, le problème d'une telle définition est d'insister sur la *capacité* à interférer plutôt que de se concentrer

sur l'interférence effective, le résultat étant que toute asymétrie de pouvoir, se définissant justement par le fait que l'un des membres de la relation possède une telle capacité, est identifiée à une relation de domination. De ce point de vue, les relations de *care* seraient toujours et nécessairement des relations de domination...¹³ Il ne nous semble pas que Pettit accepterait une telle réduction, et on peut voir dans le traitement qu'il fait du cas des enfants une réponse indirecte à l'objection de Friedman. Pettit reconnaît tout à fait que les enfants dépendent de leurs parents, lesquels sont par ailleurs autorisés, en raison de la finalité de la relation filiale, à soumettre leurs enfants à ce que Pettit nomme « les disciplines inhérentes à l'éducation et au développement » (2004 : 158-159). Non seulement leur dépendance n'est pas en soi un problème, mais Pettit semble reconnaître que le type de relations qu'elle engendre, typiquement des relations de *care*, sont dotées d'une valeur au moins instrumentale dans la mesure où elles permettent aux enfants de devenir des citoyens. Pour autant, Pettit reconnaît que la dépendance des enfants les rend aussi particulièrement vulnérables à la domination et c'est la raison pour laquelle il est important de leur garantir un même degré de non-domination qu'aux adultes. Ceci ne signifie pas qu'il faille, comme le suppose Friedman, priver les parents de leur capacité à intervenir, mais simplement qu'il faut les priver de leur capacité à intervenir *arbitrairement*. En se concentrant sur la question de la *capacité* à interférer par opposition à l'interférence arbitraire, Friedman néglige en effet cette dernière distinction et tend par conséquent à interpréter la notion de capacité à comme un pouvoir personnel, une simple aptitude. C'est pourquoi elle peut conclure qu'empêcher la domination reviendrait à empêcher l'action. Or, ce qui différencie justement la capacité à interférer de la capacité à interférer arbitrairement, c'est que la seconde est moins fonction du pouvoir de fait du dominant, que des protections, socialement et politiquement constituées, du dominé potentiel. Ce qui signifie qu'il y a bien une distinction entre la dépendance et la domination selon Pettit : dans le cas de la dépendance, le dépendant jouit effectivement d'un certain nombre de protections, dont le but est de prévenir les interférences arbitraires, ce qui n'empêche évidemment pas que celui dont il dépend ait une capacité à interférer et s'en serve effectivement. Si on en revient aux cas des enfants, on peut estimer ainsi qu'ils doivent disposer d'un certain nombre de garanties contre le pouvoir arbitraire de leurs parents, garanties dont on retrouve des exemples dans les droits de l'enfant ou dans l'exis-

tence d'un système public de protection de l'enfance, autant en ce qui concerne la prévention que la sanction.

Ceci nous amène au second point de l'argumentation de Friedman : le néorépublicanisme vise-t-il en fait un dépassement de la dépendance et nie-t-il que des relations morales spécifiques puissent se développer dans le cadre de relations de dépendance ? Pour défendre cette idée, Friedman cite un premier passage de *Républicanisme* où Pettit décrit la condition du dominé en le comparant à celle d'un être « dépendant » et « débiteur », puis un second dans lequel il décrit l'individu libre comme étant « quelqu'un » et non pas « personne ». De cela, elle déduit que « Pettit lie la condition de l'être dominé à celle de l'être dépendant, puis lie la dépendance au fait d'être débiteur de quelqu'un, de n'être personne, de n'avoir aucun pouvoir. » (2008 : 255), avant d'en conclure que, par conséquent, Pettit ne saisit pas le rôle essentiel des relations de dépendance dans la vie humaine et méprise la dépendance. Ici l'argumentation de Friedman nous semble en fait reposer sur une ambiguïté du terme de dépendance, qui, à sa décharge, n'est pas vraiment clarifiée par Pettit. Cette ambiguïté vient du fait que la dépendance peut désigner une situation favorable à la domination – et c'est le cas chez Pettit nous semble-t-il – ou une situation induite par la domination. L'enfant, ou tout autre bénéficiaire de *care*, sont dépendants au premier sens du terme dans la mesure où ils sont soumis à l'interférence d'un tiers, mais ne sont pas nécessairement dominés si existent des garanties politiques et sociales contre le risque d'interférence arbitraire. L'esclave au contraire est dépendant au second sens du terme parce son statut social et politique implique qu'il soit soumis à la volonté arbitraire de son maître. C'est une telle dépendance, coextensive à la possibilité de l'interférence arbitraire, qui équivaut pour Pettit à une situation d'impuissance et d'inexistence sociale. Mais cette équivalence n'implique pas qu'il considère comme telle la dépendance au premier sens du terme, comme en témoignent ses propos sur les enfants. Ici, il peut être utile de rappeler que pour Pettit, la non-domination constitue en outre un bien social, ou relationnel pourrait-on dire. Contrairement à la liberté libérale, qui est une liberté « dans le désert », la liberté néorépublicaine est une liberté « dans la cité », avec les autres (2004 : 95). Par conséquent, elle ne suppose pas que l'on s'abstraie de toute relation, et elle ne nous semble pas non plus incompatible *a priori* avec des formes de dépendance pas plus qu'avec des formes d'attachements. Elle vise bien plutôt à promouvoir les condi-

tions sociales et politiques de relations affectives et morales satisfaisantes¹⁴. C'est d'ailleurs pourquoi Pettit reconnaît que si l'on doit se prémunir contre la domination, et tenter de la réduire au maximum, on ne saurait en évacuer complètement et définitivement le risque : ce dernier, comme la vulnérabilité qui en est le corollaire, est inhérent aux relations d'interdépendance.

Il est cependant exact que les relations de *care* peuvent constituer un cas limite pour le néorépublicanisme, et ce d'autant plus que la relation de dépendance y est marquée. Mais la raison nous semble en être, à la différence de ce qu'avance Friedman, que dans ces relations, et en raison de l'état qui peut être celui du bénéficiaire de *care*, il n'est pas évident de déterminer dans quelle mesure les actions du dispensateur de *care* sont ou non arbitraires. On a vu que Pettit définissait la volonté arbitraire comme une volonté qui dépendait *seulement* de l'arbitre de l'agent. Par conséquent, quand la volonté de l'agent est empêchée par le fait qu'un autre agent dispose de protections, elle ne devrait pas être arbitraire. A cette première définition s'en ajoute cependant une seconde, qui se concentre sur l'acte et non la volonté qui l'engendre, par définition peu accessible. Est arbitraire un acte qui ne prend pas en compte les intérêts de l'agent qu'il affecte. Et Pettit précise, que le critère adéquat d'une prise en compte effective ne sera pas le consentement à l'acte, mais la contestabilité de l'acte (2004 : 89-90). On voit ici pourquoi un tel critère peut s'avérer difficilement applicable dans les relations de dépendance *extrême*. Dans certaines de ces relations en effet, dans les cas de handicap mental sévère par exemple ou de maladies neuro-dégénératives à un stade avancé, le bénéficiaire n'a pas la capacité, ici au sens de l'aptitude, d'exprimer ses intérêts ou de contester explicitement les décisions qui l'affectent. Le critère de la contestabilité serait donc inadapté car trop exigeant. La conséquence problématique étant alors que, dans ce type de situations, on perdrait de nouveau la distinction entre dépendance et domination : si en effet, l'acte n'est ni contesté ni contestable, n'aura-t-on pas typiquement affaire à un cas de domination ?

Ici on peut cependant tenter de répondre en faisant valoir que la contestabilité n'est pas de même nature selon les raisons qui président à sa possibilité ou à son impossibilité. Si l'impossibilité est politique et sociale comme dans le cas de l'esclave, ou autrement dit s'il peut y avoir contestation de fait mais que celle-ci ne sera pas jugée

comme recevable, on a affaire à un cas avéré de domination. Ce qui n'est pas nécessairement le cas si cette impossibilité est due aux limitations physiques d'un agent qui est légitimement en position de contester, comme dans le cas de la personne extrêmement dépendante. Cette distinction n'est pas purement rhétorique car elle n'est pas sans effets sur l'agent à qui s'adresse ou devrait s'adresser la contestation. Dans le cas de l'esclave, la réponse à la contestation sera vraisemblablement l'indifférence ou le mépris. Dans le cas du bénéficiaire de *care* extrêmement dépendant, la réponse à l'absence de fait de contestation devrait être une vigilance accrue du dispensateur de *care*, une attention toute entière tournée vers le décryptage des signes qu'il est susceptible d'envoyer.

La non-domination dans ce dernier cas est donc encore une fois fonction du statut social et politique du dépendant, statut dont Pettit souligne qu'il est à comprendre relationnellement, au sens où il trouve sa contrepartie dans l'attitude de ceux qui nous entoure. Le cas de la dépendance extrême serait ainsi, de façon paradigmatique, un cas où « la vertu dont les autres sont dotés représente un élément indispensable des garanties destinées à protéger une personne de toute domination » (2004 : 92). En écrivant cela, Pettit signale non pas que la vertu pourrait suffire à protéger les bénéficiaires de *care*, ce en quoi sa réponse se distingue des approches morales des théoriciennes du *care* précédemment examinées. Il souligne plutôt que la vertu est la traduction intersubjective et le complément nécessaire d'un statut social et politique. Il s'agit donc d'une vertu politique, créée et renforcée par les institutions existantes. C'est pourquoi on peut soutenir que dans l'optique de la non-domination, il est sans doute possible de formuler une réponse aux situations de dépendance extrême : celle-ci passerait par la création d'un statut renforcé pour les personnes extrêmement dépendantes, lequel ne supposerait pas simplement des droits spéciaux, mais l'existence de structures destinées à prendre en charge ces personnes avec toute l'attention et la vigilance requises, soutenues par une culture publique sensibilisée à ce type de situations.

CONCLUSION

En fin de compte, l'idéal de non-domination nous semble donc constituer une ressource féconde pour penser et se prémunir contre les risques que présentent les relations de *care* dans la mesure où

elles sont des relations de dépendance. Garantir la non-domination aux bénéficiaires de *care* ainsi qu'aux travailleurs de *care* est un idéal qui ne contredit pas les intuitions centrales des éthiques du *care*, et peut au contraire leur permettre de répondre de façon convaincante à l'objection de paternalisme qui leur est adressée quand elles cherchent à montrer que ces intuitions sont politiquement pertinentes et doivent être prises au sérieux politiquement. D'autant plus que, comme nous venons de le voir, la non-domination ne saurait se réduire à un statut individuel, mais suppose, pour être réalisée, une vertu citoyenne qui ne peut se maintenir sans une culture publique de la non-domination (2004 : 88). Ce qui nous amène à notre dernière question : la société néorépublicaine équivaut-elle à une « *caring society* » qui aurait su répondre au problème de la domination ? Si on reprend les trois significations que nous avons dégagées plus haut, la réponse pourrait être la suivante : la société néorépublicaine constitue une condition nécessaire à la réalisation d'une *caring society*, mais pas une condition suffisante. Autrement dit, il demeure un écart entre les deux idéaux normatifs que nous allons essayer de préciser pour terminer.

Certes, dans la société néorépublicaine, ni les bénéficiaires de *care*, ni les travailleurs de *care* ne devraient être soumis aux différentes formes de domination auxquelles sont exposés les parties prenantes des relations de *care*. Ceci suppose que les bénéficiaires de *care* soient reconnus comme des citoyens à part entière, quelque soit les types de dépendance dans lesquels ils sont pris. De même, les travailleurs de *care* devraient bénéficier d'une reconnaissance sociale, d'une rétribution économique et de conditions de travail qui leur permettent d'effectuer leur travail sans encourir de domination et par suite sans faire courir un risque supplémentaire de domination à leur charge. Parvenir à un tel résultat implique cependant que les questions relatives au *care* – en quoi consiste-t-il, qui le dispense et qui le reçoit, selon quelles modalités, dans quel cadre et à quelles fins – soient mises au centre du débat public. L'acquisition de cette place centrale dans le débat public est nécessaire du point de vue de la théorie de la non-domination dans la mesure où d'elle dépend la création d'une culture publique attentive aux risques qui traversent les relations de *care*. Elle peut en outre être justifiée dans ce cadre normatif au nom du fait que les bénéficiaires et les dispensateurs de *care* sont, en raison de la tâche qui est la leur autant qu'en raison de ses conditions d'exercice, particulièrement vulnérables à la domination.

Ici, la théorie de la non-domination nous semble cependant présenter une limite : quand il s'agit de justifier que le *care* accède au statut d'objet central du débat public, on peut se demander si la seule justification existante, et la plus pertinente, consiste à insister sur le lien entre relations de *care* et domination. La théorie de la non-domination n'est en effet en mesure de proposer qu'une justification indirecte de la centralité des activités de *care* pour la vie individuelle et collective, qui passe par la démonstration du risque de la domination qui traverse les relations de *care*. Ce risque, qui renvoie à la face sombre des activités de *care* est un risque réel. Mais amener le *care* dans le débat public sous cet angle peut conduire à minimiser ce sur quoi les théoriciennes du *care* ont insisté à juste titre, à savoir que la vie de chacun d'entre nous et la possibilité de la coopération sociale dépendent fondamentalement de relations de *care*. Pettit ne nierait sans doute pas ce point, qui ne nous semble pas contradictoire avec les objectifs de la théorie de la non-domination. Mais, et c'est sans doute en ce sens que les objections de Friedman sont pertinentes, il reste vrai qu'il tend à le minimiser, ou plus exactement à le présupposer. Or présupposer qu'il y a des activités de *care*, et par conséquent des bénéficiaires et des travailleurs de *care* que l'on sait identifier, peut avoir plusieurs conséquences importantes : celle d'exclure du débat public la question de savoir qui est concerné par le *care* et comment ; celle de prendre le risque de légitimer involontairement le maintien des activités de *care* dans la sphère privée, et leur répartition genrée, ou autrement dit de ne pas voir que cette répartition est aussi l'effet d'une forme de domination, plus insidieuse et plus massive que celles qui traversent la relation de *care* directe.

Autrement dit, ce qu'on pourrait craindre, c'est que la théorie de la non-domination ne nous conduise qu'à la moitié du chemin, en nous permettant certes de neutraliser les formes directes de domination qui pèsent sur les bénéficiaires et les travailleurs de *care*, mais sans nous permettre pour autant de questionner la fabrication même de ces catégories. Le résultat, non négligeable, serait certes de garantir à ces catégories des formes importantes de protections, mais sans nécessairement que soit remis en cause la représentation négative des activités de *care*, dont on peut supposer qu'elle est l'un des facteurs de la marginalisation et de la répartition inégale qui les affecte. Pour ce faire, il faudrait que le *care* soit discuté et défini dans l'espace public non seulement comme un lieu possible de la domination, mais comme un aspect fondamental et positif de la vie individuelle et col-

lective. Ce n'est qu'à la condition de promouvoir une telle reconnaissance, qui implique à notre avis de repenser la catégorie de vulnérabilité d'une façon plus large que ne le fait Pettit¹⁵, que la société néo-républicaine pourrait être qualifiée de « *caring society* ».

ARTICLES



ARTICLES

BIBLIOGRAPHIE.

Bubeck, Diemut, 1995, *Care, Gender and Justice*, Oxford, Oxford University Press.

Clement, Grace, 1996, *Care, Autonomy and Justice. Feminism and the Ethic of Care*, Boulder, Westview Press.

Code, Lorraine, 1991, «Second Persons», in *What Can She Know? Feminist Theory and the Construction of Knowledge*, Ithaca, New York, Cornell University Press.

Dorlin, Elsa, 2005, «Dark Care : de la servitude à la sollicitude», in Laugier, S. et Paperman, P., *Le Souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'EHESS, p. 87-97.

Engster, Daniel, 2005, «Rethinking Care Theory : The Practice of Caring and The Obligation to Care», *Hypatia*, 20 : 3, p. 50-74.

Fineman, Martha A., 2004, *The Autonomy Myth. A Theory of Dependency*, New York, The New Press.

Friedman, Marilyn, 2008, «Pettit's Civic Republicanism and Male Domination», in C. Laborde & J. Maynor, *Republicanism and Political Theory*, Londres, Blackwell, p. 246-268.

Gilligan, Carole, 1982, *In a different voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

Glenn, Evelyn N., 2000, «Creating a caring community», *Contemporary Sociology*, 29 (1): 84-94.

Goodin, Robert, 1983, *Protecting the vulnerable. A reanalysis of our social responsibilities*, Chicago, The University of Chicago Press.

Harrington, Mona, 1999, *Care and Equality*, New York, Knopf.

Kittay, Eva F., 1999, *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*, Routledge.

Kittay, Eva F., 2005, «At the margins of moral personhood», *Ethics*, 116: 100-131.

Mackenzie, Catriona, et Stoljar, Natalie, *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*, New York, Oxford, Oxford University Press, 2000.

Molinier, Pascale, 2003, *L'énigme de la femme active*, Paris, Payot.

Noddings, Nel, 1984, *Caring: a Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley, University of California Press.

Noddings, Nel, 1992, *Starting at Home. Caring and Social Policy*, Berkeley, University of California Press.

Nussbaum, Martha C., 2006, *Frontiers of Justice. Disability, Nationality and Species Membership*, Cambridge, Harvard University Press.

Nussbaum, Martha C., 1999, «The Feminist critique of liberalism», in *Sex and Social Justice*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1999, p. 55-80.

Pattaroni, Luca, 2005, «Le care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du care émousse son éthique», in Laugier, S. et Paperman, P., *Le Souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Editions de l'EHESS, p. 177-200.

Pettit, Philip, 2004, *Républicanisme. Une théorie de la liberté et du gouvernement*, (1997), Trad. française de P. Savidan, Paris, Gallimard.

Sevenhuijsen, Selma, 1998, *Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*, Londres, Routledge.

Tronto, Joan C., 2005, «Au-delà d'une différence de genre. Vers une théorie du care», (1987), Trad. française de B. Ambroise, in S. Laugier et P. Paperman, *Le Souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Edition de l'EHESS, p. 25-49.

Tronto, Joan C., 1993, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, Routledge.

ARTICLES

40

ARTICLES

NOTES

- 1 La capacité des théories du *care* à opérer ce travail de réinterprétation dépend du type de définition du *care* dont elle parte, ainsi que de son extension. On peut distinguer schématiquement deux types de définition du *care* : les premières insistent sur le *care* comme disposition morale et mettent l'accent sur les vertus que les sujets moraux doivent développer pour mettre en œuvre un bon *care*. Ces définitions sont davantage exposées aux objections de sentimentalisme et de provincialisme fréquemment adressées aux théories du *care* que les définitions qui mettent l'accent sur le *care* comme pratique sociale. Dans ce deuxième type de définitions, le *care* est moins décrit en référence aux vertus ou aux intentions de l'agent moral qu'en référence à des types d'actions caractérisées par une finalité commune, en général la recherche du bien-être de l'autre, qui suppose la satisfaction de ses besoins et la prise en charge de sa vulnérabilité propre. C'est dans cette catégorie de définitions que se situe la définition de Tronto, dont on remarquera malgré tout qu'elle tente d'articuler pratiques sociales et dispositions morales, ces dernières permettant de distinguer un bon *care* d'un mauvais *care*. On notera également qu'on peut opérer une distinction supplémentaire parmi ce second type de définitions en distinguant des définitions larges, à la manière de celle de Tronto, qui couvre des activités dirigées vers la conservation du monde humain et non humain, de définitions étroites, qui réduisent le champ du *care*, soit en plaçant au centre des activités de *care* la relation en face-à-face (Bubeck, 1995), soit en redéfinissant ses finalités de façon à prendre en compte exclusivement celles qui sont orientées vers des êtres humains. Sur ce point, voir Engster (2005 : 55-56).
- 2 Sur le plan normatif, on peut toutefois dégager deux grandes tendances. La première, illustrée par les indications données par Tronto à la fin de *Moral Boundaries* et par les travaux de Selma Sevenhuijsen (1998), cherche à élaborer les contours d'une pratique citoyenne démocratique inspirée par les valeurs du *care*, en vue de la création d'une « *caring society* ». C'est dans ce premier courant que s'inscrit notre hypothèse selon laquelle le rapprochement entre théorie du *care* et théorie de la non-domination peut s'avérer féconde, du point de vue des théories du *care* comme de celui de la théorie néorépublicaine. Une seconde tendance, que nous n'aborderons pas ici, a été plus largement développée par les travaux de Martha C. Nussbaum (2006) et de Eva F. Kittay (1999). Elle prend la forme d'une tentative d'articulation entre l'éthique du *care* et la théorie libérale de la justice dans sa formulation rawlsienne, et cherche à approfondir cette dernière la complétant par les intuitions et les valeurs centrales des éthiques du *care*, de façon à ce qu'elle prenne mieux en compte les problèmes liés à la dépendance et à sa prise en charge. Chez Kittay, ce travail d'approfondissement passe d'abord par une critique de la conception rawlsienne des partenaires de la position originelle comme membres de la société égaux et pleinement coopératifs tout au long de leur vie. Cette conception ne prend acte ni des périodes de dépendance inévitables qui caractérisent toute vie humaine, ni des inégalités dans le partage des bénéfices et des coûts de la coopération sociale, liées à la position de travailleur de la dépendance. Cette critique la conduit à faire de la capacité à répondre aux besoins des

autres (*to give care*) un pouvoir moral d'une importance comparable aux deux dégagés par Rawls et à assigner au *care* le statut de bien premier. Elle en déduit une nouvelle norme de la coopération sociale, la *doulia* – du nom de la personne assignée au soin de la mère venant d'accoucher dans certaines cultures –, ainsi qu'un troisième principe de justice, dit « principe de la responsabilité sociale relative au *care* », qu'elle énonce comme suit : « *To each according to his or her need for care, from each according to his or her capacity to care, and such support from social institutions as to make available resources and opportunities to those providing care, so that all will be adequately attended in relations that are sustaining.* » (Kittay, 1999 : 100-112 ; et p. 133 pour une définition du principe de la *doulia*). Chez Nussbaum, on trouve une critique relativement similaire de la conception rawlsienne de la personne, bien qu'elle insiste davantage que Kittay sur le rationalisme étroit qui la caractérise. Cependant, Nussbaum s'écarte plus radicalement du contractualisme rawlsien dans l'élaboration de sa réponse politique aux problèmes de la vulnérabilité et de la dépendance. Remplaçant la liste des biens premiers par la liste des capacités humaines centrales, déduite de l'idée de dignité humaine et justifiée sur la base d'un consensus par recoupement, Nussbaum propose de faire de la promotion et de la garantie égale de ces capacités la norme d'une société juste. Les personnes dépendantes et les travailleurs de la dépendance ne se voient donc pas protéger par un principe de justice donnant au *care* le statut d'un bien individuel et social fondamental, mais ils sont pris en compte dans la mesure où aucune des capacités centrales, y compris celles des travailleurs de *care*, ne peut être assurée et maintenue sans une répartition du *care* adéquate aux besoins spécifiques des individus. Voir notamment, Nussbaum (2006 : 155-221).

- 3 Voir sur ce point l'énoncé par Kittay d'un principe de *care* juste en note 3.
- 4 Sur le *care* comme élément du jugement politique, voir Sevenhuijsen, (1998).
- 5 Selon les théoriciennes du *care*, l'idéal moderne d'autonomie se fonderait sur un déni collectif des relations de dépendance et de leur omniprésence, non seulement dans les périodes de l'enfance, de la vieillesse et de la maladie, mais plus largement tout au long de la vie. Ainsi que l'écrit Tronto, « les activités de *care*, en raison de leur nature même, mettent à mal l'idée selon laquelle les individus sont entièrement autonomes et auto-suffisants. Être dans une situation où l'on a besoin de *care* équivaut à être dans une position de vulnérabilité. » (1993 : 134). Et plus loin, elle ajoute : « La vulnérabilité a des implications morales sérieuses. La vulnérabilité défait le mythe selon lequel nous sommes des citoyens toujours autonomes et potentiellement égaux. Supposer que nous sommes des êtres égaux implique de laisser de côté et d'ignorer des dimensions centrales de l'existence humaine. Tout au long de nos vies, nous passons tous par des degrés plus ou moins importants de dépendance et d'indépendance, d'autonomie et de vulnérabilité. Un ordre politique qui ferait de l'autonomie et de l'indépendance seulement les caractéristiques de la nature humaine manquerait par conséquent une part importante de l'expérience humaine. » (1993 : 135).
- 6 Cette alliance est clairement revendiquée par Nussbaum, dans un article consacré aux critiques féministes de l'individualisme libéral, où elle accorde une

place particulièrement importante à la critique dite de la dépendance, formulée par les théories du *care* (Nussbaum, 1999). L'intérêt de cet article vient de ce qu'il clarifie la distinction entre le niveau de l'ontologie sociale et le niveau normatif, qui ne sont pas toujours clairement distingués dans la critique adressée par les théoriciennes du *care* au concept d'autonomie. Nussbaum montre que la reconnaissance du rôle facilitateur ou constitutif des relations interpersonnelles dans le développement de l'autonomie ne conduit pas nécessairement à l'idée parfois énoncée (Noddings, 1984) selon laquelle l'éthique du *care* affirmerait la primauté du maintien de la relation, éventuellement au détriment du bien-être ou de l'intérêt de l'individu. Une telle perspective risque selon Nussbaum de priver les théoriciennes du *care* de toute norme permettant de critiquer les relations de *care* oppressives.

- 7 Ou s'avère être une « charge », pour reprendre le terme de Kittay (1999), qui entend par là une personne qui ne peut absolument pas subvenir à ses besoins sans un autre qui prenne soin d'elle. Un grand nombre de relations de *care*, que Kittay range dans la catégorie du *care* étendu, n'ont en effet pas la forme de relations de dépendance extrême. Pour ces dernières, la première stratégie, qui ne rompt pas avec l'idée libérale selon laquelle la dignité d'un être est fonction de son autonomie avérée ou présumée, peut convenir. Toutefois, comme le souligne Kittay en référence à la situation de sa fille Sessa, atteinte d'un handicap mental sévère, cette stratégie se révèle une impasse dans le cas de relations de dépendance extrême (Kittay, 1999 : 147-161 ; 2005).
- 8 Quand on a affaire à une activité de *care* au sens étendu, qui ne s'adresse pas à un être initialement qui ne peut subvenir seul à ses besoins, on peut penser que l'activité de *care* instaure malgré tout une relation de dépendance. C'est ainsi que selon Tronto, tout employé qui compte sur sa secrétaire en est dépendant et devient vulnérable à ses actions (1993 : 134). Dans ce cas, on a bien affaire à une relation de dépendance, même si elle est provisoire et extrêmement localisée. De ce point de vue, la dépendance au sens d'une asymétrie de pouvoir semble être une constante des relations de *care*, quelque soit la définition du *care*, large ou étroite, que l'on privilégie.
- 9 Pour une défense de la thèse selon laquelle la vulnérabilité des autres à nos actions est le fondement de nos obligations morales à leur égard, voir Goodin, 1983.
- 10 Selon Kittay, ce basculement se produit quand l'action du travailleur de *care* devient « illégitime », notion qu'elle précise en indiquant que les intérêts du bénéficiaire de *care* ne sont plus pris en compte, se rapprochant ainsi de la notion d'interférence arbitraire proposée par Pettit comme l'un des éléments de la domination. Nous revenons sur ce point dans la section suivante.
- 11 Les travaux consacrés aux professions de soin ont notamment insisté sur les difficiles conditions d'accès à cette attitude d'ouverture, sur sa fragilité et son ambivalence. Selon Pascale Molinier (2003), les attitudes requises par le travail de *care* ne vont pas sans conflits psychiques et requièrent un important travail sur soi, que la rhétorique des dispositions morales tend à minimiser. Elle insiste au contraire sur le fait que rien n'est moins naturel, dans le contexte du travail de *care*, que de ne pas traiter celui dont il faut prendre soin comme un objet et de résister aux risques de l'accaparement ou de la cruauté. C'est pourquoi le bon déroulement du travail de *care* requiert non seulement un

apprentissage, mais également un soutien collectif permanent entre travailleurs de *care* et une reconnaissance sociale du travail effectué.

- 12 Ceci n'implique pas de considérer la classe des bénéficiaires de *care* et celle des dispensateurs de *care* comme des groupes homogènes, ni du point de vue du degré de la vulnérabilité, ni du point de vue d'autres paramètres. Pettit souligne d'ailleurs que chaque individu est susceptible d'appartenir à une ou plusieurs classes de vulnérabilité en fonction de sa position dans la structure sociale et que la vulnérabilité à la domination peut dépendre de facteurs sociaux de différents types : économique, juridique, culturel... Pettit, 2004 : 162-163.
- 13 Curieusement donc, ce qui fait selon Pettit la force de la définition néorépublicaine de la liberté – son insistance sur le problème de la possibilité de l'interférence et non sur l'interférence effective – est condamné par Friedman comme utopique d'une part, et comme dangereux d'autre part, dans la mesure où le résultat en serait selon elle une extension démesurée des formes de contrôle exercées sur les individus.
- 14 Sur ce point, voir la discussion par Pettit de la compatibilité entre l'idéal de la non-domination et la confiance personnelle dans la société néorépublicaine. Cette discussion est l'occasion pour Pettit d'insister sur le fait que la non-domination comme idéal politique ne signifie pas la suppression de tout risque et de toute vulnérabilité mais la réduction significative de leur probabilité. Pettit, 1997 : 355-362.
- 15 Chez Pettit, la vulnérabilité est en effet envisagée principalement comme un effet de la domination ou comme une occasion de la domination. Autrement dit, elle est saisie prioritairement dans ses dimensions politiques. Cette perspective politique nous semble faire la force de l'approche qu'en propose Pettit, mais elle mériterait d'être articulée à une conception existentielle de la vulnérabilité telle qu'on la trouve dans les éthiques du *care*, qui insiste sur la vulnérabilité comme trait de la condition humaine, liée à l'incarnation, à la temporalité et à la relationalité de l'existence humaine. D'un point de vue normatif, la prise en compte d'une conception élargie de la vulnérabilité pourrait aboutir à tenter d'articuler l'idiome de la non-domination au langage des besoins ou à celui des capacités.