

« Le *care*, c'est pour les "vulnérables". »

*Lorsque les gens n'utilisent pas les plantes, celles-ci deviennent rares.
Vous devez les utiliser pour qu'elles reviennent. Toutes les plantes
sont comme cela. Si on ne les récolte pas, si on ne leur parle pas,
si on ne prend pas soin d'elles, elles mourront.*

Mabel McKay, tresseuse de panier et ancienne du peuple Pomo
de Cache Creek, citée par Isabelle Stengers, (2009) « Prologue.
Magie et résurgence », in Starhawk, *Quel monde voulons-nous ?*, 2009, p. 52

Le terme de vulnérabilité peut difficilement être employé sans frôler la connotation négative et déclencher une réaction de rejet. Personne ne veut dépendre des autres. Personne ne veut être vulnérable. Les vulnérables, ce sont les autres.

Pour des sociétés valorisant l'autonomie, les relations qui s'organisent à partir de la nécessité de répondre aux besoins des personnes dites vulnérables sont considérées comme des relations exceptionnelles, et finalement assez marginales. La vie sociale serait composée de relations « normales » entre des personnes censées être indépendantes, supposées égales, qui peuvent entrer en contact, négocier, s'allier ou se déchirer.

À l'inverse de cette représentation standard, les éthiques du *care* soutiennent que nous sommes tous vulnérables, et ce, du fait de notre appartenance à l'espèce humaine. Nous avons tous besoin des autres à un moment de la vie. Cette dépendance n'est ni contingente ni accidentelle, ni ponctuelle. La dépendance à l'égard des fournisseur-e-s de soins que connaissent les adultes fragilisés du fait de maladies, de la vieillesse ou de handicap est tout aussi contraignante et inévitable que celles des

nouveau-nés. La dépendance ne s'arrête pas à celles ou ceux qui sont le plus manifestement dans l'impossibilité de survivre ou de vivre une vie humaine sans la présence de tiers. Sous des formes moins aiguës, elle est présente à différents moments de nos existences, à la fois imprévisible et certaine.

Les éthiques du *care* ont ainsi fait surgir, derrière l'image rassurante d'une société constituée d'adultes compétents, égaux, autonomes, en bonne santé, la permanence des activités de soins, organisées en grande partie selon le principe hiérarchique du genre et effectuées de façon massive dans la sphère domestique ou privée. Le maintien de la séparation entre la sphère publique et privée peut aussi servir d'écran et protéger de la confrontation avec la vulnérabilité et l'inévitabilité de ces dépendances. Le déni de nos dépendances à l'égard des fournisseur·e·s de soins résulterait en partie de cette « privatisation » des activités de soins.

Les éthiques du *care* ont mis en question l'idée, dominante en philosophie morale, d'un sujet autosuffisant, surgissant de nulle part, sans attaches. Elles ont souligné combien cette conception du sujet ignorait le fait de la naissance et des cycles de la vie humaine. Et rendait invisible l'importance des relations œuvrant à autonomiser des êtres humains forcément dépendants d'autrui pour leur développement et leur existence. La dépendance n'est pas un écart et un défaut par rapport à une norme d'autonomie, comme le voudrait la fiction d'un sujet autosuffisant. C'est une dimension inhérente à toutes les relations humaines pour les sortes d'êtres (humains) que nous sommes, dépendants à différents degrés selon les moments de la vie.

Selon Joan Tronto, les plus puissants ne reconnaissent pas que leur « autonomie » et leurs capacités d'agir dépendent

du travail d'une myriade d'autres qui s'occupent de leurs besoins quotidiens. Celui, par exemple, des femmes de ménages, baby-sitters ou jeunes filles au pair qui prennent soin de leurs proches et de la propreté de leurs intérieurs. Une telle reconnaissance minerait les bases de leur puissance. Ceux dont les besoins de *care* sont pris en compte et satisfaits ont la capacité de rendre invisible le travail dont ils dépendent. Les destinataires de *care*, ce sont les autres, catégorisés selon des types de vulnérabilité et de dépendance bien délimités – par l'âge, la maladie, le handicap – et figés dans cette identité de vulnérables.

La distinction entre celles ou ceux qui seraient autonomes et celles ou ceux qui ne le seraient pas permet ainsi de faire l'impasse sur ces relations de dépendance et sur une commune vulnérabilité. Dans l'argument politique développé par Joan Tronto cette dichotomisation est l'une des conditions de « l'irresponsabilité des privilégiés ». La chanson est connue. La puissance sociale permet d'asséner, sans frémir, aux protagonistes en cause : « ce n'est pas mon affaire » ou « ça ne me concerne pas », ou « ce ne sont que des histoires de bonnes femmes (ou d'infirmières...) ». Les ressorts de la disqualification du *care*, du travail et de l'éthique qu'il nourrit, sont alors remontés. Jouant tour à tour sur les cordes du genre (les femmes sont plus sensibles et vulnérables), de la classe (laissons les pauvres faire le travail), et de la race (celles qui viennent d'ailleurs sont plus spontanées et chaleureuses, elles savent si bien y faire), et d'autres lignes de différenciation contextuellement disponibles. Ces procédés renforcent une distribution inégale des responsabilités à l'égard des personnes vulnérables, distribution qui ne fait que rarement l'objet de débat public.

L'invisibilisation du *care* reçu entretient privilèges et positions de pouvoir. Les personnes auxquelles sont assignées les fonctions de pourvoir aux besoins de *care* des autres, sont le plus souvent dépourvues des ressources leur permettant de faire entendre leur voix : ce sont des pauvres, des femmes migrantes, racisées ou non, avec ou sans papier. Les travailleuses du *care* soutenant les personnes dépendantes, chargées du travail domestique, et « libérant » les citoyens des pays d'accueil de leurs tâches de *care* sont largement des personnes (des femmes) qui n'ont qu'une citoyenneté partielle voire pas de citoyenneté du tout dans le pays d'accueil. Leur propre vulnérabilité est ignorée, leurs besoins aussi. Or le travail qu'elles endossent « rapproche » des personnes et ce sont les corps, mortels, sexués qui sont l'objet des soins. Le rejet du *care* sous la forme de sa critique comme activité compassionnelle ou de sentimentalisme affairé n'est sans doute pas indifférent à cet aspect du travail sur les corps, et les contaminations qu'il transporte jusque dans l'analyse.

Dans les discours politiques, les populations vulnérables désignent ceux qui auparavant étaient nommés « les exclus ». Le vocabulaire de la vulnérabilité s'est substitué à celui de l'exclusion, la vulnérabilité est devenue une catégorie de l'action publique (Soulet, 2005).

La catégorisation des vulnérables à des fins de politiques sociales et publiques renforce l'idée que le *care* est un travail limité à des déficiences perçues comme exceptionnelles, s'adressant à des catégories de vulnérables, étanches et non cumulables. La perspective féministe du *care* conduit à déconstruire ces catégories, en bousculant la séparation binaire entre deux états – autonomie et dépendance – comme si nous étions l'un *ou* l'autre et non l'un *et* l'autre.

Cette séparation fait disparaître cette très commune vulnérabilité tout comme le travail qui contribue à l'autonomisation de ceux qui ne sont pas « vulnérables » au sens des politiques publiques. Les usages politiques du vocabulaire de la vulnérabilité (Thomas, 2010) se distinguent ainsi clairement des usages qu'en font les éthiques du *care*. Nous avons toutes et tous besoin de *care* (quand bien même les besoins diffèrent). Mais la difficile reconnaissance du fait de la vulnérabilité humaine finit par l'éthique du *care*, une éthique spécialisée. Et qui, de surcroît, prendrait un certain type de relations – dites alors inégales – pour modèle de relation morale.

Mais de quelle égalité parlent les philosophes qui avancent ce genre d'objections ? Si prendre soin d'une personne suppose que la relation qui s'établit est une relation asymétrique, et parfois inégale, cette inégalité serait celle des capacités. L'une des parties est alors dite capable, l'autre, dépourvue de capacités, serait à sa merci. Les études critiques sur le handicap développées par des autrices féministes en situation de handicap ont rappelé à quel point et comment les personnes en situation de handicap ressentaient la menace de ce pouvoir en particulier pour les soins corporels (Morris, 2001). Mais ces réflexions mettent, elles aussi, en question l'assignation des personnes en situation de handicap à l'état figé de personnes vulnérables. En effet, la réduction des personnes en situation de handicap à leur vulnérabilité dépossède ces personnes de toutes leurs capacités. Ainsi la capacité de tenir un rôle et une place de parent, ou encore les capacités affectives, relationnelles et cognitives ne sont plus reconnaissables. Le handicap et la vulnérabilité fonctionnent comme un stigmatisme qui contamine l'identité en totalité. Eva Feder Kittay conteste les arguments de philosophes qui, pour défendre les droits des

animaux, ignorent les capacités de vie humaine, relationnelles et affectives des personnes en situation de handicap (Kittay, 2002 ; Carlson, Kittay, 2010). Elle conduit à s'interroger sur ce qui, dans cette perspective, prend valeur de capacité, sur ce qui, dans un registre capacitaire, compte pour « faire » membre d'une communauté humaine et politique.

Un des apports majeurs de la perspective féministe du *care* et des études de handicap, issues des mouvements sociaux pour les droits des personnes en situation de handicap, est d'avoir mis au jour le caractère politique de la dichotomisation entre personnes « autonomes » et celles que l'on dit dépendantes ou vulnérables. Ce n'est pas le fait des différences entre les états des personnes qui est contesté par ces deux courants. Ce qui est contesté, ce sont les effets et les présupposés d'une différenciation étanche qui institue des identités ou des positions fixes. Les positions de pourvoyeur, de pourvoyeuse et de destinataire de *care* ne sont pas mutuellement exclusives. Être en position de destinataire n'implique pas de cesser d'être pourvoyeur·euse. Et inversement, être en position de pourvoyeur·euse n'implique pas de ne pas avoir besoin de l'aide d'autrui. Les ressorts de la dévalorisation de la position de pourvoyeur·euse de *care* – qui ne fait pas un « vrai » travail – et celle du destinataire de *care* – marqué par ses incapacités –, laissent ainsi paraître leurs affinités et leurs convergences (Kittay, 2002 et 2010). Une mère ou un père malade ne cessent pas pour autant de se soucier de leurs enfants. Et, inversement, si l'on peut oser l'expression, ces enfants prennent soin de leurs parents. En transformant le regard sur ce qui fait « capacité », l'éthique du *care* semble finalement bien moins inégalitaire que ce que prétendent les éthiques majoritaires rationalistes en dessinant la carte de « nos » capacités.