Bioéthique et genre. Le care.

Aurora Lopez-Rodriguez Août 2017

Le genre en termes de bioéthique est une question vaste et complexe dont la compréhension nécessite des approches multiples. Le care, qui permet un nouvel éclairage, est une de ces approches. Pour cette raison, ce travail ne sera qu’une esquisse abordant quelques éléments d’éclaircissement et quelques pistes de réflexion. L'objectif global de cette étude est un questionnement sur la possibilité de concevoir, depuis cette perspective, quelques uns des thèmes de la bioéthique d'aujourd'hui. Ainsi, après l’étude de l’historique du care et la définition du terme « care » pour se référer à une éthique du souci des autres, seront abordés deux exemples, les Procréations Médicalement Assistées (PMA) et l’autonomie, qui montrent le sens dans lequel l’éthique du care, intégrant la voix des femmes, peut marquer une différence dans le discours bioéthique.

Certaines contributions du féminisme seront abordées car, bien que la relation entre le genre et la bioéthique ne se réduise pas au féminisme, celui-ci est à l’origine de fruits intéressants comme le care.

Historique et définition du care.

La réflexion sur l'importance de prendre soin de l’être humain n'est pas nouvelle. Il en est de même pour la place accordée dans la morale à la solidarité, la bienveillance, les attitudes de soin. Au XXe siècle, des auteurs tels que Levinas ou P. Ricoeur, entre autres, montrent l’impossibilité de construire une réflexion sur les êtres humains sans tenir compte de leurs faiblesses. Nathalie Maillard, philosophe suisse, pénètre dans leurs œuvres et montre aussi les limites de leurs contributions[[1]](#footnote-2). Pour sa part, Ricoeur parle de la sollicitude qui intervient dans les situations où il y a déséquilibre dans la relation interpersonnelle à cause de la vulnérabilité d’un des sujets.  Ricoeur la définit comme un « désir estimé bon de partager la souffrance d'autrui et de s’occuper de lui – un vouloir être bienveillant – désir qui s’origine dans une affection de la sensibilité. En tant que fin estimée bonne, ce souci de l’autre est premier par rapport à la perception d’un devoir ou d’une obligation envers lui[[2]](#footnote-3) ».  Dans la reconnaissance d’autrui se trouve l'obligation morale des soins, parce que l'autre est une personne, un être comme moi qui a des obligations à respecter, qui a dessiné la même histoire en solidarité. C’est la conscience de ma propre vulnérabilité qui rend possible la sollicitude.

Pour Levinas, par contre, la responsabilité envers les autres n’est pas une volonté altruiste ou de l’amour, mais une conquête sur l’égoïsme primordial.

Malgré ses références plus anciennes, l'élément déclencheur contemporain de la réflexion sur l'éthique des soins est sans doute l'œuvre de C. Gilligan, *Une voix différente* (1982)[[3]](#footnote-4).

Avec ce livre, elle suscite des débats féministes sur deux approches apparemment contradictoires: la conception qui fait prévaloir l'idéal de la justice et des droits (modèles fondés sur l'universalité et le respect) contre celle qui défend un souci fondamental du bien-être d’autrui. Gilligan ouvre un important débat sur la coexistence d’une éthique fondée sur des principes d’équité, justice et autonomie et une autre éthique qui essaierait de trouver le meilleur choix dans une situation donnée pour préserver les relations humaines, ce qui demande un examen du contexte et des situations particulières. Ces deux démarches représentent finalement les différentes approches éthiques des hommes et des femmes et elles ont des implications pour la réflexion dans tous les aspects de la pensée académique. En effet, les travaux de certains auteurs féministes ont trouvé une plus forte légitimation sur tous les domaines : littérature, économie, droit, politiques publiques,  éthique des soins infirmiers…

Pour Claudine Leleux, l’intérêt de l’apport de Gilligan réside dans sa critique du modèle de développement moral dominant en 1980 proposé par Lawrence Kohlberg [[4]](#footnote-5).

Ce psychologue s’appuie sur la théorie de J. Piaget sur le développement cognitif de l’enfant pour indiquer que l’être humain passe par six étapes différentes dans son développement moral. Ce modèle de développement est universel parce qu’il n'est pas influencé par des facteurs culturels, selon Kohlberg.

Dans ces étapes, il y a trois niveaux qui déterminent le développement personnel de l'individu. Le premier niveau est nommé niveau pré-conventionnel. Il est basé sur l’obéissance et la punition. Puis, sur l’orientation égoïste car l’action vise l’obtention d’un avantage. Kohlberg pense que ce niveau est typique des enfants jusqu'à 9 ans. L’enfant décrit les règles sans vraiment les comprendre.

Le deuxième niveau est appelé classique ou conventionnel, il va de 9 à 15 ans.  Sa principale caractéristique est de se conformer aux normes de la société et le rôle que l'on joue dans le groupe. Les valeurs morales coïncident avec le maintien de l’ordre et des normes établies, répondant aux attentes des autres.

Le troisième niveau est le post-conventionnel, fondé sur l'existence de principes moraux universels reconnus personnellement. Au-delà des conventions sociales, l'individu crée ses propres convictions morales selon des principes de justice impartiaux et abstraits.

Le devoir n'est pas l'obéissance aveugle à l'autorité, mais le pacte et le consensus pour protéger les droits de la personne.

Les étages inférieurs représentent un faible niveau de développement moral et le degré supérieur est évidemment souhaitable pour tous. Cependant, peu de gens y ont accès.

Gilligan met en doute, en premier lieu, que l’éthique de la justice soit la seule voie possible dans le développement moral. Elle montre par la recherche scientifique que les femmes tendent à tenir en compte d’autres principes aussi importants que la justice, comme la prise en compte du contexte et des particularités de l’individu, le souci de maintenir les relations entre les personnes lorsque les intérêts ne sont pas convergents, ainsi que l’importance des sentiments dans la compréhension des problèmes éthiques. Pour Kohlberg, ces éléments sont la preuve d’une infériorité dans le développement, alors que Gilligan envisage une « voix différente » dans la résolution des problèmes éthiques.

Un exemple qui éclaire cette voix différente est la révision par Gilligan d’une question éthique proposé par Kohlberg dans ces enquêtes : La femme de Heinz est gravement malade. Heinz n’a pas l’argent nécessaire pour acheter le médicament qui pourrait la soigner. Le pharmacien refuse de le lui donner. Doit-il voler le médicament ?[[5]](#footnote-6)   Gilligan demande à deux enfants de 11 ans, Amy et Jack, de résoudre le dilemme de Heinz. Jack pense que Heinz doit voler le médicament car le droit à la vie est prioritaire au droit à la propriété. Selon le modèle de Kohlberg, ce garçon serait en train d’acquérir l’autonomie nécessaire à l’acceptation raisonnée du principe de justice. Il accèderait bientôt aux stades supérieurs du développement. Par contre, Amy pense que le pharmacien pourrait donner le médicament à Heinz et que celui-ci devrait le convaincre du risque de mort pour sa femme. Selon le modèle de Kohlberg, elle donne une réponse incohérente car elle ne raisonne pas d’une façon logique mais en considérant de façon naïve les rapports entre les êtres. La fille n’arriverait pas aux stades supérieurs, à la réflexion fondée sur des vérités morales reçues.

Alors que Kohlberg considère qu’il y a une hiérarchie où le raisonnement logique produit généralement par les hommes est supérieur, pour Gilligan les femmes fondent différemment le développement moral sur les responsabilités et les rapports entre les êtres humains. La morale du souci de l’autre dévoile une préoccupation pour autrui et la nécessité pour les individus de s’entraider. La conception de Kohlberg montre la pensée dominante qui se veut supérieure, rationnelle et universelle.

Gilligan refuse d’établir une hiérarchie entre les deux éthiques, l’une selon la justice, l’autre selon le care. L’éthique du care apporte autre chose, elle tient compte des responsabilités à l’égard des autres et de leurs besoins.

Dans son ouvrage, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care,* Joan Tronto[[6]](#footnote-7) met en évidence le cercle vicieux entre la dévalorisation des personnes qui pratiquent le care et l’oppression qu’elles subissent par des salaires très bas et des emplois peu respectés. « Reconnaître l’importance du care devrait nous permettre de réévaluer les contributions apportées aux sociétés humaines par les exclus, les femmes, les humbles. Nous ne serons capables de changer le monde que lorsque nous nous engagerons à le redessiner de telle sorte que leur contribution compte »[[7]](#footnote-8). Par conséquent, il est nécessaire de reconfigurer les activités sociales du care défini par Tronto comme « une activité caractéristique de l’espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, perpétuer ou réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutient à la vie »[[8]](#footnote-9).

Ainsi, seul un déplacement du sentiment à l’activité et de l’éthique au politique – remarque Joan Tronto - peut donner une légitimité morale au care. Le principe qui fonde le care serait la vulnérabilité de la personne. Le but n’est aucunement d’essentialiser la vulnérabilité mais plutôt de considérer que nous sommes tous vulnérables et que l’écoute des besoins de la personne est essentielle.

Ethique du souci de l’autre et Procréations Médicalement Assistées (PMA)

Le care lié à la vulnérabilité est primordial dans l’acte de soin. Mais la vulnérabilité du corps peut être considérée de deux façons qui ne s’excluent pas: l’expérience intérieure du corps vivant, expérience subjective et consciente ou l’expérience extérieure du corps conçu comme une machine. C’est dans ce sens que Jacob Dahl Rendtorff[[9]](#footnote-10) conçoit la médecine comme un art. Pour lui, la maladie n’est pas une erreur objective de notre instrument corporel mais une menace à la vie bonne. Cependant, le médecin peut limiter sa compréhension de la maladie au corps en tant que chose objective ou être attentif au corps vivant et conscient. D’après Rendtorff, l’attention scientifique pure des médecins laisse de côté le corps vivant et s’intéresse à la description des organes, structures et fonctions du corps comme des mécanismes. Cette attention au corps objectif est particulièrement présente dans l’utilisation de la technologie dans des domaines comme la transplantation des organes, le génie génétique, la technologie reproductive, etc

Mylène Baum rappelle les questions posées par les études de genre: « PMA pour quelles femmes ? Pourquoi la femme s’est-elle transformée en « système d’approvisionnement utérin » au service de l’embryon et de la recherche scientifique ? Pourquoi a-t-on réduit l’expérience subjective et phénoménologique de la grossesse à une technique plus ou moins performante de « production de la vie » en ressortant de la naphtaline le vocabulaire le plus classique du vitalisme ? Comment l’expertise médicale et politique sur la procréation devient-elle une extension légitimée de la décision familiale et privée sur la création comme fabrication de qualité ? [[10]](#footnote-11)»

Selon cette philosophe, le débat naît lorsque la maternité, au lieu de représenter un aspect de la vie et du rôle social des femmes, devient la condition de l’existence de la femme. Alors, les femmes ont recours à ces techniques de PMA pour survivre socialement.

Dès l’apparition de ces techniques des PMA le discours du risque d’infertilité a limité la liberté de reproduction ou de non-reproduction. En outre, les perceptions de la conception ont changé passant dans nos représentations de la reproduction à la fabrication. Pour les études de genre, la reproduction assistée peut poser problème quand elle devient une voie tracée pour la femme et qu’elle est remboursée par la sécurité sociale. En effet, à travers ces techniques, la pression sociale s’exerce encore davantage que par le passé, avec la vision simplificatrice de la reproduction naturelle comme essentielle dans l’existence de la femme. Mylène Baum conclut en se demandant si la bioéthique doit fonder ses décisions sur des aspects d’exploitation ou de libération des femmes ou bien d’après un compromis général sur l’efficacité des techniques.

Ethique du souci de l’autre et autonomie.

Le concept d’autonomie peut être envisagé différemment avec une perspective de souci de l’autre. Cela peut paraître paradoxal car l’autonomie est fondée sur l’idée de l’indépendance de la personne qui n’aurait pas besoin d’un soutien extérieur pour satisfaire ses besoins et réaliser ses projets. Mais Marian A. Verkerk[[11]](#footnote-12) pense, d’abord, que l’éthique du souci remet en cause l’idée que l’autonomie et l’indépendance soient les valeurs principales de la vie de l’homme. Le souci de l’autre et la responsabilité seraient niés dans le discours moral traditionnel. En outre, elle suggère que l’autonomie ne peut se développer qu’en relation avec autrui. Dans une situation concrète, respecter l’autonomie du patient est plus complexe que la non interférence car la personne n’est pas toujours un être rationnel et autonome dans le sens d’une personne isolée et indépendante. Les patients peuvent avoir un respect de soi faible, ce qui empêche de faire des choix autonomes. Les soutenir est indispensable.

Verkerk utilise le terme d’« interférence compatissante » pour définir l’attitude active et engagée du professionnel en soins de santé qui est responsable de l’attention aux besoins du patient. Celui-ci, à son tour, est amené à être attentif aux soins reçus. C’est par ce souci de l’autre, considéré comme personne importante et qui mérite l’attention,  que l’autonomie peut être atteinte. La prise de décision morale implique la recherche d’une solution convenable dans un moment particulier, et non l’application d’une méthode générale qui ne tient pas compte des spécificités de la situation. Il s’agit d’une stratégie pratique utilisée pour apporter une solution adéquate dans les cas vécus dans lesquels la responsabilité de l’infirmière est engagée. Ainsi, l’interférence compatissante n’est pas une décision momentanée mais elle s’inscrit dans le processus général de soins.

Dans le cas de la grande dépendance, le soignant est supposé reconnaitre les singularités des vivants et se mettre à la portée de ceux à qui il dispense les soins. Prendre en compte les besoins des personnes vulnérables revient à instaurer une relation horizontale en déployant ses capacités à dispenser le care. Cela implique la reconnaissance des parcours de vie différents et le respect du temps nécessaire pour construire des relations interpersonnelles convenables. Cette réponse qui redonne une dignité à la dépendance suppose, selon Fabienne Brugère, « un devoir de vivre un destin commun avec toutes celles et ceux qui composent la société, y compris les plus éloignés des grilles actuelles de la performance économique et de la réussite personnelle »[[12]](#footnote-13).  Pour Gilligan « la voix différente est une voix de résistance ». Cette voix de résistance serait celle de l’opposition à la société de marché et de l’idéologie de l’individu performant et consommateur qui ne laisse pas de place aux personnes âgées, les handicapées, ceux qui souffrent de troubles mentaux, les personnes marginalisées…

Conclusion

L’historique du care montre l’importance de conceptualiser des situations de relations entre inégaux. A partir des exemples cités, nous pouvons comprendre l’intérêt pour la bioéthique d’avoir un regard qui intègre la « voix » des femmes. De plus, cette vision moins principaliste de la bioéthique tient compte de l’expérience des femmes. Son discours ne fait pas abstraction du corps mais respecte la singularité des phénomènes vécus. Il n’y a pas opposition entre discours bioéthique général et le care mais prise en compte légitime d’analyses divergentes à partir du critère de la condition féminine.

De plus, l’éthique de la justice où l’individu autonome est dominant, ne permettait pas de penser suffisamment, selon le care, nos obligations envers les personnes dépendantes dans la maladie, la vieillesse, le handicap. L’inclusion dans la société de ces personnes comme des « citoyens normaux » nécessite une revalorisation des activités et des métiers liés au care. Il ne s’agit pas seulement de respecter la liberté de chacun, mais d’inclure l’attention pour le soin du corps et des subjectivités endommagées. La liberté et l’autonomie ne sont pas exclues dans le care, ce sont plutôt des objectifs car le care considère qu’il faut conduire les personnes vulnérables au plus près possible du modèle de la personne autonome même dans le cas où leurs capacités sont très abîmées.

BIBLIOGRAPHIE

BAUM, Mylèn. *Au-delà d’une éthique de la sollicitude*? P. 71-89 dans Marie-Geneviève Pinsart, coordination scientifique, *Genre et Bioéthique,* Bruxelles, Vrin, 2003. 185 p.

BRUGERE, Fabienne. L’éthique du « care », Paris, Presses universitaires de France, 2011, 125 p.

GILLIGAN, Carol. *In a Different Voice. Psychological Theory and Women’s Development*, Cambridge, Harvard University Press, 1982; trad. fr. *Une voix différente : Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion (Champs Essais), 2008, 284 p.

LELEUX, Claudine. « Théorie du développement moral chez Lawrence Kohlberg et ses critiques (Gilligan et Habermas) » dans Jean Marc Ferry et Boris Libois (dir.), *Pour une éducation post-nationale*, Bruxelles, 2003, Editions de l’Université de Bruxelles, coll. « Philosophie et Société », pp. 111-128

MAILLARD, Nathalie. *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale*? , Genève, Labor et Fides, 2011, 386 p.

RENDTORFF, Jacob Dahl. « La notion de Vulnérabilité comme principe fondamental dans la bioéthique et dans le biodroit » dans Paulette Guinchard et Jean-François Petit *Une société de soins,* Paris, Les Editions de l’Atelier, 2011 p. 57-61.

TRONTO, Joan. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care,* New York, Routledge, 1993 ; trad. fr. utilisée du titre de Tronto est *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009. 232 p.

VERKERK, Marian A. *L’éthique du souci de l’autre. Un point de vue féministe sur la bioéthique* p. 53-70 dans Marie-Geneviève Pinsart, coordination scientifique, *Genre et Bioéthique,* Bruxelles, Vrin, 2003. 185 p.

1. Nathalie Maillard, *La vulnérabilité́, une nouvelle catégorie morale*? , Genève, Labor et Fides, 2011, 386 p. [↑](#footnote-ref-2)
2. Ibid., p. 263 [↑](#footnote-ref-3)
3. Carol Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women’s Development*, Cambridge, Harvard University Press, 1982 ; *Une voix différente : Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion (Champs Essais), 2008, 284 p. pour la traduction française utilisée. [↑](#footnote-ref-4)
4. Claudine Leleux, « Théorie du développement moral chez Lawrence Kohlberg et ses critiques (Gilligan et Habermas) » dans Jean Marc Ferry et Boris Libois (dir.), *Pour une éducation post-nationale*, Bruxelles, 2003, Editions de l’Université de Bruxelles, coll. « Philosophie et Société », pp. 111-128 [↑](#footnote-ref-5)
5. Carol Gilligan, *Une voix différente : Pour une éthique du care*, p. 50 [↑](#footnote-ref-6)
6. Joan Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care,* New York, Routledge, 1993. La traduction française utilisée du titre de Tronto est *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009. 232 p. [↑](#footnote-ref-7)
7. Ibid., p. 15 [↑](#footnote-ref-8)
8. Ibid., p. 143 [↑](#footnote-ref-9)
9. Jacob Dahl Rendtorff, « La notion de Vulnérabilité comme principe fondamental dans la bioéthique et dans le biodroit » dans Paulette Guinchard et Jean-François Petit *Une société de soins,* Paris, Les Editions de l’Atelier, 2011 p. 57-61. [↑](#footnote-ref-10)
10. Mylène Baum, *Au-delà d’une éthique de la sollicitude*? P. 71-89 dans Marie-Geneviève Pinsart, coordination scientifique, *Genre et Bioéthique,* Bruxelles, Vrin, 2003. 185 p. [↑](#footnote-ref-11)
11. Marian A. Verkerk , *L’éthique du souci de l’autre. Un point de vue féministe sur la bioéthique* p. 53-70 dans Marie-Geneviève Pinsart, coordination scientifique, *Genre et Bioéthique,* Bruxelles, Vrin, 2003. 185 p. [↑](#footnote-ref-12)
12. Fabienne Brugère, L’éthique du « care », Paris, Presses universitaires de France, 2011, 125 p. [↑](#footnote-ref-13)