

Vers une « sollicitude contractualisée » : une norme publique pour agir dans un cadre institutionnel privé

Agnès Berthelot-Raffard, *Universités de Montréal
et Panthéon-Sorbonne Paris 1*

Introduction et mise en perspective du propos

Ce texte s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur la reconnaissance institutionnelle de l'aide informelle réalisée dans un contexte familial. Par aidants informels sont désignés les agents plus communément nommés « proches-aidants » ou « soignants familiaux ». En d'autres termes, il s'agit des personnes physiques qui sont à la fois majeures et capables juridiquement et qui, sans aucune rémunération, prennent en charge, à domicile, un membre de leur famille se trouvant aux prises avec une situation de dépendance physique relative à divers facteurs médico-sociaux. De mon point de vue, bien que réalisée dans la sphère privée, l'aide informelle possède un caractère éminemment politique qui reste masqué par l'interprétation faite à propos des affects se trouvant au cœur de cette dynamique empirique. Aussi, je postule que les liens entre l'aidant et la personne soutenue par ce travail domestique sont vus, abusivement, sous le prisme du concept de sollicitude et de ses implications en termes psychologiques et moraux. Si rapporter l'aide informelle à ce concept n'est ni un tort en soi, ni une mise en relation erronée, ce rapport à lui seul est néanmoins réducteur. Sa conséquence cause certaines erreurs interprétatives sur la signification réelle de l'aide informelle. Ceci est particulièrement avéré par les tentatives pour faire entendre les revendications des aidants dans la sphère publique. La réductibilité de l'aide informelle à une attitude guidée par la sollicitude est un frein qui risque de rendre toute tentative pour en sortir absolument inopérante. Or, les clefs de compréhension de la portée politique de l'aide informelle se situent particulièrement dans une récusation

de la tension constante entre sa dimension individuelle et privée et son aspect collectif et public. En conséquence, la mise en exergue des enjeux de l'aide informelle rend sa portée politique, sociale et morale. Cette tension se noue dans la compréhension des enjeux normatifs qui sous-tendent l'aide familiale. Je récusé cette réduction et considère qu'elle vise stratégiquement à la négation par les instances politiques du caractère collectif du soutien familial.

En particulier, puisque la notion de sollicitude – qui traduit inadéquatement le mot anglais *care* – pose, selon moi, problème, je suggère de mettre en exergue les diverses dimensions du *care*, notamment celles moins communes et moins connues telles que la compétence qui devrait, à mon sens, être la notion centrale à considérer. Aussi, cet article procède-t-il d'une intention ferme de faire ressortir les aspects davantage politiques de la notion de sollicitude, concept qui d'habitude est plus communément saisi dans son acception purement morale. La conviction qui conduit à récuser cette primauté est que la manière dont l'État comprend actuellement les liens familiaux influence grandement les politiques publiques en faveur du soutien aux personnes dépendantes et à leurs aidants. Puisque l'inverse est aussi vrai, chaque politique familiale a une incidence sur la gestion de la sphère domestique et donc influence les relations entre les membres d'une même cellule familiale proche ou étendue.

Pour cette raison, cet article a un double objectif. D'une part, je veux questionner la réduction susmentionnée. Puisqu'à mon sens, elle n'est guère sans influence sur les décisions institutionnelles en lien avec les politiques familiales et le système de santé publique, il n'est plus possible de considérer la famille comme une communauté d'intérêts particuliers et strictement intimes. Lorsqu'elle vient pallier les manquements et les carences de l'État en matière de santé publique, nous ne pouvons plus ignorer sa dimension politique. Or, le paradoxe est que dans le cas de l'aide informelle, la famille est considérée comme un complément privé à l'offre de soins publics disponible ce qui est une reconnaissance implicite de son importance sur la scène institutionnelle. En conséquence, mon second objectif sera de démontrer que les liens unissant l'agent donneur de soin et

son récipiendaire sont façonnés en partie par l'offre publique de soins disponibles pour la gestion de la chronicité et de la dépendance. Je parlerai ici de la dyade formée entre l'aidant et l'aidé et de l'accent placé sur la dynamique qui les unit et que je juge erronée. À ce titre, si la nature du lien et les motifs incitant à aider un proche dépendent des conceptions morales spécifiques à l'aidant (don, bienveillance, responsabilité, devoir) selon des convictions éthiques, religieuses, culturelles qu'une société fondée sur un pluralisme des valeurs ne pourrait remettre en cause, la manière dont l'État devrait comprendre la dynamique des soins informels et notamment les liens qui les régissent doit être questionnée. Aussi, si un État (ou une Province) décide d'octroyer une allocation pour ce soutien, il devra définir qui de l'aidant ou de l'aidé percevra la rétribution. Il est donc évident que la décision ayant conduit à savoir qui, de l'aidant ou de l'aidé, devrait être le porteur de l'allocation se soit appuyée sur une conception particulière du lien entre le malade et son proche-aidant. Cette conception influencera la relation bipartite par la suite.

Aussi, la reconnaissance institutionnelle des aidants est donc posée par la « privatisation » de la sollicitude à la différence de celle vécue dans les lieux publics (hôpitaux, CHSLD) où les normes sont contractualisées. En conséquence, je plaiderai (avec l'aide des éthiciens-ne-s du *Care*) la nécessité d'une « sollicitude contractualisée » dans l'institution privée familiale. Je procéderai comme suit : premièrement, je présenterai les constats qui guident ma réflexion envers cette nécessité de « contractualiser » la sollicitude. Ensuite, je développerai mon double objectif au moyen de la formulation de deux hypothèses. Je pense, en effet, que reconnaître les aidants passe par la prise en compte des compétences qu'ils déploient au quotidien pour soutenir leurs proches ce qui suppose l'évaluation des bonnes et des mauvaises pratiques de soins informels. Je suppose également qu'une telle prise en compte politico-économique de ce travail domestique implique une décentralisation de la dyade formée entre l'aidant et la personne soutenue. Je suggère ensuite, qu'à partir du recul pris vis-à-vis de cette dyade, il faille mettre en adéquation les compétences des soignants familiaux avec les besoins spécifiques des personnes en perte d'autonomie. Par la présentation de mes hypothèses, j'ai

l'intention de tracer les contours de ce qui me permettra (dans un article subséquent) de formuler les bases politiques et sociales de la « sollicitude contractualisée ».

I- Vers une récusation de la sollicitude strictement morale

L'aide informelle est comprise, le plus fréquemment, sous le prisme d'une conduite guidée par une relation interpersonnelle existante et en devenir fondée sur la sollicitude du donneur de soin envers la personne malade et/ou dépendante. On postule donc une compassion d'un agent envers un patient. À mon sens, il n'est guère nécessaire de mettre autant l'accent sur ces types de sentiments moraux puisqu'il est impossible de saisir les états de conscience d'autrui. Aussi deux constats guident la réflexion d'où procède ma récusation du concept de sollicitude. Le premier est un constat moral, le second est davantage économique.

Un premier constat provient du fait qu'il faille noter l'inadéquation du terme de sollicitude pour qualifier le raisonnement moral qui conduit à accepter la responsabilité de prendre en charge informellement l'un de ses proches. En effet, pouvons-nous être toujours certains que lorsqu'une situation de handicap, de dépendance liée au vieillissement transforme un membre d'une famille ou quand une maladie chronique ou neuro-dégénérative est annoncée, la personne qui se charge alors de veiller sur le malade est instinctivement guidée par un affect de l'ordre de la sollicitude? Généralement, parler du sentiment de sollicitude fait en sorte de considérer l'aide informelle comme une action guidée par une disposition envers autrui provenant des qualités propres au para-soignant. Or, je postule que rien n'indique que l'aide soit une action motivée et exécutée en vertu de la nature morale du donneur de soin. Pour autant, il est évidemment irrécusable que le soutien procède d'une forme de bienveillance, en particulier parce qu'un seuil minimal de bienveillance envers l'autre est nécessaire à la bonne poursuite des soins domestiques et à leur efficacité sur le long terme. Seulement, il faut comprendre que postuler l'aide informelle comme ayant pour pivot moral la sollicitude laisse pour compte le fait que différentes émotions et sentiments aussi divers que complexes entrent également en jeu. Citons que parmi les aidants

interrogés dans plusieurs enquêtes sociologique¹, l'expression d'un sentiment de reconnaissance envers leurs proches soutenus ; la prise de responsabilité familiale préexistante et rendant « naturel » la prise en charge ; le devoir moral issu de diverses conceptions éthico-religieuses dont notamment le respect du performatif « tu honoreras ton père et ta mère » demeurent des composantes fondamentales. De plus, il convient de ne pas écarter que la place occupée auprès de la personne malade et dépendante avant qu'elle perde son autonomie joue également un rôle prépondérant dans le choix de la soutenir ou non. Souvent, la personne volontaire pour dispenser les soins (ou désignée) ne l'est pas d'une manière arbitraire. Fonder l'aide informelle sur le sentiment de sollicitude des agents envers le bénéficiaire des soins exclut également la prise en compte des relations interpersonnelles souvent complexes ainsi que leurs dynamiques qu'elles soient conscientes ou non.

Le deuxième constat réside dans la compréhension que nous nous devons d'avoir envers les composantes de ce travail domestique spécifique pour lui apporter la pleine reconnaissance qu'il mérite sur la scène juridique, sociale et économique. Ainsi, devons nous explorer les enjeux normatifs qui sous-tendent cette réalité empiriquement vécue, dans le silence, par de nombreux individus par le fait même empêchés d'avoir une activité professionnelle rémunérée. Cette analyse de la spécificité de ce travail domestique nécessite de renforcer la conception du *care* comme étant une compétence en plus d'être seulement une disposition morale d'un agent envers un tiers. Aussi, il nous faudra reconnaître que comme pour toute activité, il y a du bon et du mauvais *care*. À cet effet, donner un cadre statutaire à ceux qui réalisent l'aide informelle suggère de reconnaître, de valoriser et de rétribuer les soins adéquatement donnés² (dans la mesure où ils représentent un coût pour l'agent et la collectivité souvent compris en termes d'économies de main-d'œuvre hospitalière et d'argent public).

Au titre de ces deux constats, il faut rappeler que l'aide informelle est liée à une éthique dite « de la sollicitude » qui tente de traduire l'expression anglaise « *ethics of care* ». Ainsi comprend-on que le terme sollicitude dans sa restriction terminologique traduit

inadéquatement les différentes dimensions du *care*. De ce fait, il peine à manifester les multiples enjeux présents dans les débats se rapportant à cette éthique. On comprend donc que la notion de *care* est incomprise dans sa globalité. En effet, lorsque la problématique de l'aide familiale est évoquée, le plus souvent, plusieurs des dimensions du *care* sont passées sous silence et notamment la notion de compétence des agents mais aussi la nécessité d'admettre que ces soins quelque soient leurs formes influencent non seulement la dyade aidant/aidé mais aussi l'intégralité de la cellule familiale gravitant autour. De plus, le manque de considération des différents aspects du *care* par les institutions publiques et leur réduction à la simple notion de sollicitude est l'une des raisons de la non-reconnaissance de l'aide informelle dans un cadre familial et relationnel privé et cela a des conséquences sur la reconnaissance économique. C'est pourquoi je suggère que parmi toutes les dimensions du *care*, la compétence devrait primer.

II- Le care comme compétence

Avec l'aide de Joan Tronto, il est possible d'évoquer l'hypothèse selon laquelle une sollicitude prise dans sa dimension politique et institutionnelle se doit de prendre en compte la compétence qui y est associée. En effet, cette théoricienne qui a marqué l'éthique du *care* a affirmé qu'il s'agit d'une activité recoupant plusieurs dimensions. À cet effet, elle identifie quatre phases que je divise en trois.

En premier lieu, la notion de reconnaissance recoupe la première dimension identifiée par Tronto. Il ne s'agit pas ici d'une reconnaissance morale au sens où l'entend Axel Honneth mais simplement celle de la nécessité de prendre soin de quelqu'un (*caring about*) en fonction de ses besoins. À mon sens, cette attitude recoupe une aptitude à reconnaître les besoins d'autrui qu'il les formule par des mots ou non. Il s'agit d'une dimension fondamentale puisque la compétence qui sera ci-après évoquée ne peut s'exercer que pour autant qu'elle soit en adéquation avec les besoins exprimés ou implicites de la personne recevant les soins.

En second lieu, Tronto évoque la notion de responsabilité. Cette notion fonde la prise en charge (*taking care of*) pour prendre soin de

quelqu'un (*caring for*) qui est l'objet du soin réalisé (*care receiving*). Bien entendu, cette responsabilité nécessite la compréhension des besoins qui ont été identifiés durant la première phase. Cette dimension postule qu'une responsabilité du donneur de soin soit assumée envers le receveur. En particulier, il doit s'efforcer de pourvoir aux moyens permettant de réaliser l'aide envers le receveur des soins. Pour ma part, je pense qu'il convient d'associer cette responsabilité à la confiance accordée à l'aidant par le receveur des soins ainsi que celle de l'aidant en ses propres capacités de donner des soins adéquats aux besoins entendus ou identifiés. Aussi, je crois que cette responsabilité est liée à une capacité. On le voit au sein de la famille où la prise en charge revient à celui qui s'en sent capable ou qui est désigné comme l'étant davantage que les autres membres de sa famille.

La troisième étape correspond au travail de soin et à la compétence requise pour le réaliser. Comme le montre Tronto, la compétence fonde la valeur du travail de soin en lui-même. Ainsi dans *Moral Boundaries*, Tronto explique que cette phase est symboliquement dévalorisée. Il y a, en effet, un problème de reconnaissance de cette étape fondamentale au travail de soin. Comme le souligne Pascale Molinier : « le *care* n'est pas seulement une disposition ou une éthique. Il s'agit avant tout d'un travail. [...] Parvenir à formaliser ce travail ; en produire la description et la théorie me semble être la condition indispensable à une " éthique du *care* " qui atteindrait pleinement son but c'est-à-dire qui contribuerait à faire reconnaître les personnes qui réalisent ce travail de *care* dans les sociétés occidentales³. » Aussi, j'affirme que le *care* définit d'une manière conjointe à la fois certaines des activités domestique de soins et également l'intelligence qui est mobilisée par les agents afin de réaliser ces tâches.

C'est pourquoi je retiens cette notion de compétence et ce qu'elle représente en termes d'activités réalisées pour pallier la dépendance des individus dans leur cadre domestique. En effet, la compétence se trouve être le pivot sur laquelle j'appuie la « sollicitude contractualisée ». À mon sens, la compétence est d'autant plus importante qu'elle peut être personnalisée en fonction des capacités

propres de l'aidant pour réaliser certaines tâches avec dextérité et justesse (activités ménagères, de soins paramédicaux, assistance à la mobilité à l'extérieur, administration interne, coordination, etc.). Ces tâches spécifiques doivent être fonction d'une définition des besoins de la personne ainsi soutenue.

En conséquence, dans l'économie domestique, il convient de penser le *care* davantage sous le prisme d'un jugement d'utilité, ce qui signifie en conformité avec une certaine utilité technique, économique ou sociale rendant compte adéquatement des besoins de fonctionnement normal de la société.

En posant l'étape fondamentale des soins en rapport avec la notion de compétence, nous percevons mieux comment la réductibilité de l'aide informelle à une attitude guidée par la sollicitude morale peut constituer un frein risquant de rendre toute tentative pour en sortir absolument inopérante. La sollicitude se doit d'être politique dans le sens où elle met en adéquation des compétences nécessaires à la réalisation de la société avec des besoins identifiés pour l'améliorer.

D'ailleurs, nous pourrions faire le lien avec le fait que Tronto pense une quatrième phase en rapport avec les besoins eux-mêmes. C'est sur leur définition et leur respect dans le travail de soin que nous pouvons voir s'il s'agit de bon *care* ou non. Cette quatrième étape permet de définir des critères fondamentaux au bon *care*. En rapport avec cette étape majeure, je suggère donc de ré-envisager le *care* comme procédant d'un verbe d'action renvoyant à la fois à une forme d'activité et à une compétence de travail autant signifiante dans l'économie domestique que dans une dynamique qui rejoint l'activité réalisée dans l'économie de marché. Ceci doit conduire à réfléchir à la fois en termes de coûts financiers (économie réalisée du fait de la présence de ces compétences au sein des familles) mais aussi – et en priorité – à penser des formes d'arrangements sociaux permettant une meilleure conciliation travail/famille. Ceci suppose que l'aidant puisse être accompagné dans le développement de ses compétences. Ainsi faut-il considérer que le travail de soin apporte une certaine vulnérabilité vécue par la personne qui le réalise.

II- Relation dyadique et vulnérabilité

L'aide informelle au sein de la famille est souvent vue comme engageant deux personnes reliées par un sentiment de sollicitude et de reconnaissance selon la place qu'elle occupe dans le duo. Cette dyade aidant/aidé postule implicitement une relation entre un agent autonome et une personne dépendante ou en perte d'autonomie. Cela étant, même si les liens unissant l'aidant et l'aidé ne sont pas politiques en eux-mêmes, les liens familiaux peuvent (et doivent) être pensés par les institutions politiques avant tout pour préserver la cellule familiale des fragilités qui composent son histoire ainsi que des fragilités économiques que la situation de dépendance induit.

En questionnant la réduction susmentionnée nous voyons bien comment cette récusation peut contribuer à influencer les décisions institutionnelles en lien avec les politiques familiales et le système de santé publique tels qu'elles sont existantes. La réduction nous conduit à admettre qu'il n'est plus possible de considérer la famille comme une communauté d'intérêts particuliers et strictement intimes puisque les liens unissant l'agent donneur de soin et son récipiendaire sont façonnés en partie par l'offre publique de soins disponibles pour la gestion de la chronicité et de la dépendance. Même si ce point sera l'objet d'un autre article, je peux déjà dire que la conception classique de la dyade aidant/aidé dépend généralement d'une certaine conception de la dépendance qui a plusieurs implications notamment celui de façonner un design institutionnel des soins privés et publics.

Lorsqu'est postulé un lien autonomie/dépendance entre les agents, il est aussi déterminé une ou plusieurs formes de dépendances. En d'autres termes, non seulement est apportée une définition de la dépendance et de l'autonomie, mais également, il est parfois établi une classification voire une hiérarchisation entre différents niveaux et formes de dépendances. Il s'agit d'une erreur. Car comme le suggèrent Patricia Paperman et Aurélie Damane⁴, il convient de davantage se centrer sur le dispensateur des soins.

De cette manière, nous devons être contraints de récuser l'accent mis sur la dyade aidant/réceptaire qui contribue à masquer la vulnérabilité des aidants informels et donc à dissimuler leur besoin de

soutien (notamment de rémunération et de services). Les aidants sont en effet des êtres fragilisés par l'aide qu'ils apportent au quotidien. Très souvent, ils ne peuvent avoir une vie professionnelle décente et leurs ressources matérielles peuvent s'en trouver fortement limitées. Sans compter que l'aide qu'ils apportent puise dans leurs ressources physiques et psychiques entraînant, en conséquence, un lot d'afflictions diverses voire de maladies aussi latentes que déclarées. De plus, les liens entre l'aidant et la personne soutenue sont en partie sous l'influence de jeux de pouvoirs en eux-mêmes fortement dépendants de la répartition du pouvoir économique entre les membres de la cellule familiale (le *care* revient toujours au membre de la famille ou du couple le moins bien lotis).

Puisqu'il nous faut bien comprendre que la focalisation sur cette dyade passe sous silence combien l'activité de soin peut engendrer de vulnérabilité pour l'aidant dans l'exercice de ses fonctions, nous ne devons plus lui postuler une force interne qu'il n'a pas toujours ou qu'il peut perdre au fil de la réalisation de sa mission. L'affection portée au proche aidé n'est pas une sorte de baguette magique qui efface à elle seule la pénibilité des soins informels donnés. Lorsque nous mettons l'accent sur cette dyade, en postulant qu'elle existe du fait de la sollicitude de l'aidant envers la personne soutenue, nous faisons comme si l'aide informelle était uniquement le « travail de l'amour ». Nous oublions l'existence d'autres tensions qui se jouent dans la dyade aidant/aidé et notamment le fait que les deux membres du groupe sont chacun vulnérables. « Le reconnaître suppose de reconnaître que la dépendance et la vulnérabilité sont des traits de la condition de tous⁵ », comme l'affirme Sandra Laugier.

De plus, mettre l'accent sur cette dyade postule implicitement l'existence d'un lien de subordination de l'aidé à l'aidant ou une relation de pouvoir qui exclut *de facto* la mise en exergue de certaines dimensions politiques et morales de la division du travail telle qu'elle est dans l'économie domestique. Souvent, en effet, nous faisons comme si les deux membres de la dyade n'étaient pas interdépendants l'un de l'autre. Faut-il vraiment considérer que l'aidé est en quelque sorte un subordonné ? Ne faut-il pas le traiter en partenaire qui soit partie intégrante et participative (du point de vue

des besoins exprimés) de la relation d'aide ainsi formée ? L'aidant en étant participant de la relation n'est-il pas affaibli par la nécessité de combler les besoins de l'aidé ? Sans besoin d'aide informelle, l'aidant n'occuperait pas cette fonction. L'accent placé sur la dépendance de l'aidé à l'aidant est donc fallacieux et conduit à se défocaliser des autres dimensions de l'aide informelle. Ces autres dimensions sont politiques et morales. La dimension politique est en relation avec l'interdépendance des individus même autonomes. La dimension morale intègre l'idée de vulnérabilité des agents, ce qui nécessite des services adéquats pour y pallier.

En pensant une « privatisation » de la sollicitude sous le même mode que celle vécue dans les institutions publiques (hôpitaux, CHSLD) où les normes sont contractualisées je voudrais apporter les bases pour penser un cadre statutaire à l'aide informelle dans l'institution privée familiale pour le bien-être de tous ces membres.

J'affirme la dangerosité de trop considérer cette dyade. Comme Patricia Paperman, je postule que l'on ne doit pas nécessairement concevoir la relation de *care* comme purement dyadique (comme Noddings présente le lien aidant/aidé). Je considère qu'une telle idée conduit à nier l'interdépendance comme fondement nécessaire de la société et plus particulièrement le lien de cause à effet se nouant entre la sphère privée et publique. Cette relation de cause à effet induit qu'il faille mettre en adéquation les compétences des agents avec les besoins des personnes en perte d'autonomie. À l'heure actuelle, les pays engagés dans une reconnaissance des aidants le sont car ils ont au préalable reconnu des droits et considéré les besoins des personnes dépendantes (c'est le cas dans certains pays d'Europe du Nord comme la Finlande où les aidants perçoivent sous certaines conditions une rémunération).

Conclusion

Ce texte avait pour fonction de récuser l'importance de la notion de sollicitude. J'ai tenté de montrer que cette notion exclut la place de la compétence et participe à une perception asymétrique des liens entre l'aidant et l'aidé qui ne tient pas compte de l'interdépendance présente entre ces deux agents et de la vulnérabilité des deux membres

de cette dyade. La focalisation faite envers la notion de sollicitude exclut la prise en compte des besoins de l'aidé et la reconnaissance de ses divers droits. Il faut donc envisager différemment ce qui fonde une aide informelle adéquatement reconnue. Comme on peut le voir, ces hypothèses sont celles qui ont cours dans le système de soins publics où la sollicitude est intégrée au travail de soins contractualisées sous forme d'accords professionnels. Ne faut-il pas dans la sphère privée penser les bases qui doivent conduire à définir un curriculum plus strict afin d'encadrer la prise en charge domestique et surtout donner un cadre statutaire aux aidants? Sans perdre l'autonomie aux agents dans la sphère privée, il est urgent d'offrir des droits aux aidants passant par la contractualisation de leur prétendue sollicitude.

-
1. Je fais référence ici à deux enquêtes : Nancy Guberman, Pierre Maheu, Chantal Maillé, *Travail et soins aux proches dépendants*, Montréal, 1993, Les éditions du remue-ménage et Odile Sévigny, Francine Saillant, Sylvie Khandjian, *Fenêtres, ouvertes. Dire et partager l'aide et les soins*, Montréal, Ecosociété, 2002.
 2. Il va sans dire que les actes qui constituent des soins mal donnés s'apparentent à des degrés divers soit à de la négligence soit à de la maltraitance voire de la non-assistance à personne en danger pour les cas les plus graves. Il est évident que ces attitudes doivent être très sévèrement punies pénalement. Ces cas représentent malheureusement des risques associés à la non-reconnaissance institutionnelle des aidants. Ils sont implicitement liés à ma conviction selon laquelle la sollicitude ne doit pas être le pivot central de l'aide informelle.
 3. Pascale Molinier, « Le care à l'épreuve du travail, Vulnérabilités, croisées et savoir-faire discrets » dans *Le souci des autres, éthique et politique du care*, Patricia Paperman et Sandra Laugier (dir.), Paris, éditions de l'EHESS, 2005.
 4. Patricia Paperman et Aurélie Damane, « Care domestique : délimitations et transformations » dans *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Pascale Molinier, Sandra Laugier, Patricia Paperman, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2009.
 5. Sandra Laugier, « Vulnérabilité et expression ordinaire » dans *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, op. cit.