Quelle éthique pour l'éducation et la prévention en santé ?

Camille Roelens

PhD en sciences de l'éducation - UJM Saint-Etienne - Laboratoire ECP
ATER à l'INSPE de Valenciennes - Laboratoire RECIFES

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 6, No 1 | pp. 137-152

Reçu le : 02/05/2019 | Accepté le : 18/11/2019

Résumé : L'objet de cet article, s'inscrivant dans l'axe 1 (« Théories et modèles mobilisés ») de l'appel à contribution du présent numéro, est de tenter de cerner ce que pourrait être, du point de vue de l'éducation et de la prévention en santé, une prise en compte des enjeux d'égalité, de citoyenneté et de solidarité éthiquement compatible avec un positionnement individualiste, libéral et faisant de l'autonomie individuelle le but de l'éducation. Ce travail intellectuel mobilise la philosophie politique de l'éducation et l'interrogation éthique, dans le cadre d'une approche argumentative, mobilisant la discussion critique des concepts et des auteurs. La première partie de l'article permet d'affiner la problématisation susmentionnée en discutant les notions d'égalité, de citoyenneté et de solidarité. La deuxième partie de l'article examine les compatibilités respectives de trois types d'éthiques normatives (déontologisme, vertuisme, conséquentialisme) avec les exigences ainsi soulevées, ainsi que l'apport possible à la réflexion des éthiques du *care*. Ce cheminement conduit à considérer en conclusion l'apport possible du minimalisme moral (ou éthique minimale) pour envisager les conditions de possibilités de l'exercice de l'autorité par le praticien de l'éducation et prévention en santé.

Mots-clés : philosophie politique de l'éducation, éthique, autonomie, santé, autorité.

1 Introduction

Le point de vue présenté ici, s'inscrivant dans l'axe 1 (« Théories et modèles mobilisés ») de l'appel à contribution du présent numéro, emprunte méthodologiquement à la philosophie politique de l'éducation (Blais et *al.*, 2002/2013, 2008) et à la pensée éthique de l'éducation (Prairat, 2014). Ceci signifie en premier lieu que c'est avant tout en abordant les questions éducatives par le prisme de la difficile « conversion du projet démocratique en pratiques éducatives » (Blais *et al.*, 2002/2013, p. 9) qu'on peut espérer progresser aujourd'hui vers leur éclaircissement. L'exercice d'une pensée argumentative ainsi qu'une discussion critique des auteurs et des concepts permettront ladite progression du propos. En second lieu, cela signale une volonté de s'intéresser tout particulièrement, dans le traitement fait de la thématique du présent dossier, à la capacité éthique de l'homme. Cette

dernière désigne d'une part : l'ensemble des règles qu'il est de l'essence de l'homme de se donner. [...] Il a rapport à lui-même sur le mode de la règle, des règles de tous ordres qu'il se donne et ne peut pas ne pas se donner. Elles ne lui sont pas extérieures, elles ne lui sont pas simplement imposées par la société, elles viennent d'abord de lui, alors même qu'il les reprend de la culture qui l'environne. [...] Il y va semblablement dans tous les cas de la constitution de soi comme soi au travers de la capacité d'action sur lui-même que l'homme trouve dans l'usage de la règle, y compris celle qui lui vient apparemment du dehors social et qu'il fait sienne (Gauchet, 2012, p. 233).

Elle désigne d'autre part la « manière de se conduire, [...] de faire et d'agir qui traite autrui – tout-autrui – avec l'attention et la considération qui lui siéent car "quelque chose est dû à l'homme du seul fait qu'il est humain" » (Prairat, 2014, p. 10).

Nous nous appuierons dans cet article sur la définition suivante de l'éducation à la santé, issue du Plan National de 2001 visant à sa promotion [1] : « Elle a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité. Elle s'adresse à la population dans toute sa diversité avec le souci d'être accessible à chacun ». Une telle éducation passe notamment par la prévention, dans le volet de l'action préventive visant à réduire, pour chaque individu, la gravité et le risque d'atteintes à sa santé. Elle est aussi un moyen d'une prévention collective, inscrite dans une logique de tarissement progressif des « sources d'une morbidité évitable et d'une mortalité prématurée importante ». On comprend d'emblée, sur cette base, que la cohérence, la complémentarité et la coordination (termes cités dans le Plan) entre les logiques d'éducation, de prévention et de soin sont une dimension clé pour la poursuite de tels enjeux.

Guillaume Durand a proposé récemment de rapprocher, au plan éthique, les tâches d'éduquer et de soigner en considérant la manière dont toutes deux ont été bouleversées en profondeur, dans une période récente, par la dynamique démocratique et « la progressive disparition d'un paternalisme moral et politique en faveur d'un culte de l'autonomie individuelle » (2013, p. 115). Nous prenons acte du dépassement, du moins théorique, qu'il signale des modèles paternalistes associant dans ces domaines les figures de l'éducateur et du médecin à de pures postures de commandement. Il nous semble toutefois que la troisième voie qu'il recherche et souhaite esquisser entre paternalisme et autonomisme peine à se dessiner, notamment parce qu'il ne parvient pas suffisamment à distinguer l'assomption d'une posture de responsabilité et d'autorité (indispensables en éducation et prévention en santé) et ce que serait en ces domaines une simple atténuation, continuant à admettre une large part de paternalisme, des postures de commandement plus classiques. Proposer un autre cheminement réflexif sur ce que peut-être une éthique de l'éducation et de la prévention en santé aussi compatible que possible avec la centralité du défi actuel de l'autonomie individuelle, prendre davantage au sérieux les thèses et propositions minimalistes dans ce domaine, disposer d'un modèle théorique nouveau de l'autorité en démocratie, peut y remédier, comme nous entreprenons de le montrer dans le présent texte.

Trois positionnements théoriques méritent d'être explicités pour assumer ici la dimension subjective inhérente à tout propos philosophique de ce type tout en parant cette subjectivité des garde-fous nécessaires pour prétendre la borner (Foray, 2016, p. 15). Ce travail

1. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm

intellectuel assume un positionnement individualiste, libéral, et faisant de l'autonomie individuelle le but de l'éducation. Chacun de ces trois points peut être succinctement précisé.

Notre propos est individualiste car il vise à une meilleure intelligibilité de ce que peut être le fonctionnement d'une société des individus, c'est-à-dire une société dont la source de toute légitimité réside dans les droits fondamentaux de chacun de ses membres, qui se voit attribuer dès la naissance ce statut d'individu de droit. Cependant, l'appropriation subjective de ce statut et son assomption exigent la mise à disposition de moyens considérables, en particulier éducatifs et médicaux, ce qui permet de définir la société des individus comme étant chargée de produire les individus qui la produisent tout en respectant leurs égales libertés (Gauchet, 2017, p. 487-632).

Notre propos est libéral car, s'il ne prétend pas nier l'importance et même le caractère décisif du rôle de l'État-social dans le passage de l'attribution de droits formels à la constitution l'individu concret, il fait fond sur l'idéal de neutralité de l'État et de l'action publique en termes de conception compréhensive du bien, et donc sur une volonté de la prise en compte conséquente du pluralisme des conceptions du bien (Rawls, 1993, p. 300-303).

Une conception elle-même libérale et individualiste de l'autonomie (Foray, 2016, p. 20), ne considérant les groupes que comme des moyens au service des personnes et empruntant à la théorie des capabilités de Martha Nussbaum [2] (2011/2012), permet de faire de l'autonomie le but de l'éducation, pour « permettre à chacun le moment venu de s'engager le plus en connaissance de cause possible, dans la forme de vie qui lui [paraîtra] souhaitable » (Foray, 2016, p. 66).

Lorsque qu'on soulève la question de l'égalité (Blais *et al.*, 2002/2013, p. 153-196) dans la perspective de l'éducation et de l'accès à certains biens jugés désirables par tous tels que la qualité de vie et la santé, plusieurs éléments sont à prendre en compte. Ceci fait toujours référence à un groupe ; les citoyens d'un pays dans le cadre d'une politique publique ou l'ensemble des humains dans le cadre des actions des organisations internationales ; et au destin des individus qui le compose. Cela compose également avec une situation de départ où les ressources comme les obstacles sont inégalement répartis entre les citoyens. Enfin, si l'on souhaite s'inscrire dans une logique d'équité, c'est-à-dire de correction de « l'influence des contingences dans le sens de plus d'égalité » (Rawls, 1971/2009, p. 131), on s'inscrit dans une perspective active (agir pour améliorer une situation jugée problématique) et mobilisant la solidarité des citoyens entre eux (qu'elle soit directe ou indirecte par exemple par le prisme fiscal et distributif, formelle ou informelle, durable ou ponctuelle). L'ensemble de ces actions posent des questions éthiques qu'il n'est pas possible d'ignorer et qui engagent notamment la façon dont le travail des praticiens (ici de l'éducation et du soin) sera perçu où non comme légitime par ceux à qui il s'adresse. Que pourrait donc être,

2. « Que sont les capabilités ? Ce sont les réponses à la question : "Qu'est-ce que cette personne est capable de faire et d'être ?". Autrement dit, elles sont ce que Sen appelle des "libertés substantielles" : un ensemble de possibilités (le plus souvent interdépendantes) de choisir et d'agir. [...] Il ne s'agit donc pas simplement de capacités dont une personne est dotée, mais de libertés ou de possibilités créées par une combinaison de capacités personnelles et d'un environnement politique, social et économique » (Nussbaum, 2011/2012, p. 39).

du point de vue de l'éducation [3] à la santé, une prise en compte des enjeux d'égalité, de citoyenneté et de solidarité qui soit compatible, d'un point de vue éthique, avec les trois positionnements théoriques explicitées ci-avant ?

Une première partie permettra d'affiner cette problématisation. Une deuxième partie examinera les compatibilités respectives de trois types d'éthiques normatives (déontologisme, vertuisme, conséquentialisme) avec les exigences ainsi soulevées et l'apport possible à la réflexion des éthiques du *care*. Ce cheminement conduira à considérer en conclusion l'apport possible du minimalisme moral pour envisager les conditions de possibilités de l'exercice de l'autorité par le praticien de l'éducation et prévention en santé.

2 Égalité, citoyenneté, solidarité : une problématisation tripolaire

2.1 La question de l'égalité

Poser la question de l'inégalité en santé peut de prime abord interroger. En ne considérant que la fameuse définition de Bichat, « l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort » (cité par Renaut, 2004, p. 240), et en sachant que la longueur des vies singulières est irréductiblement différente, le défi logique n'est pas mince. En en venant à la définition autrement plus compète et complexe sur laquelle la Charte d'Ottawa de 1986 (elle-même à la base du Plan de 2001) se base pour promouvoir la santé, le problème se corse. Rappelons que celle-ci y est définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques ». Aussi une première question serait : de quoi parlons-nous lorsque nous parlons d'égalité en santé ? Plusieurs éléments doivent être posés pour prétendre progresser dans la confrontation à cette question.

Tout d'abord, un tel questionnement émerge sur deux formes d'égalités préalables et considérées comme légitimes par les acteurs. La première est l'égalité formelle en droit, autrement dit l'attribution à tous du statut d'individu de droit et des égales libertés qui vont avec, étant entendu que les femmes, les minorités et les enfants sont les derniers à avoir accédé à ce statut, schématiquement entre 1945 et 1990 dans les démocraties occidentales (Gauchet, 2017, p. 547-560). La seconde est l'égalité de similitude, dont la dynamique constitue pour Alexis de Tocqueville (1835/1981, 1840/1981) un processus central de la démocratie moderne [4]. Ce type d'égalité désigne la tendance à considérer l'autre humain comme un semblable quelles que soient les différences objectives avec lui. Gauchet et Gladys Swain ont bien montré (1980/2007) comment c'est l'inclusion du fou dans le cercle du même (il est un homme comme nous) et la découverte du « sujet de la folie » qui conduisent à la mise en place de l'institution asilaire. C'est parce que ce malade est un semblable qu'on cherche à le guérir, autrement dit à réduire la distance entre lui

3. En donnant à ce terme son sens le plus large, « ce qui conditionne le devenir homme de l'homme » (Blais *et al.*, 2002/2013, p. 9).

4. Pour une « actualisation » de l'apport de la pensée tocquevillienne sur ce point, voir : « Tocqueville, l'Amérique et nous. Sur la genèse des sociétés démocratiques » (Gauchet, 1980/2005, p. 305-384).

et nous. Et, comme ces auteurs le précisent au sein d'une sous-partie significativement intitulée « Exclusion, inclusion » (p. 489-502), c'est la demande du même dans la société qui a déterminé l'exclusion ; c'est rigoureusement la même visée identificatoire à l'œuvre au sein de l'espace humain-social qui commande aujourd'hui la levée de l'exclusion – elle a eu besoin de l'exclusion pour se former et s'affirmer ; elle a besoin désormais d'effacer l'exclusion pour s'accomplir jusqu'au bout. (p. 500-501)

Il en va de même quant à la sortie de la logique du sanatorium dans la gestion des épidémies. L'objectif n'est plus d'exclure un malade déjà reconnu comme semblable, mais de l'inclure tout en œuvrant tout particulièrement pour que sa santé soit suffisamment bonne pour qu'il puisse prétendre au but commun du bien-être. Une logique d'équité est alors perceptible.

Que peut-il en être à présent ? On pourrait dire que le domaine de la santé et l'horizon de sa promotion illustrent à la perfection la thèse de Harry Frankfurt selon laquelle : « D'un point de vue éthique, il importe peu que chacun possède autant [...] que son voisin. Ce qui compte, c'est que chacun ait suffisamment. Si tout le monde avait assez [...], il n'y aurait rien de grave à ce que certains [...] aient plus que d'autres » (2017, p. 20). Précisons bien que ce propos intègre l'idée que l'évaluation de ce qu'est avoir assez est propre à chaque individu (p. 55-65), autrement dit que c'est souvent à une « évaluation intrinsèque de son existence » (p. 64) que l'individu va se fier en dernier ressort.

Si cette proposition de Frankfurt est formulée initialement dans le cadre d'une réflexion sur les inégalités économiques, son esprit semble des plus stimulants dans le cadre du présent article, étant également entendu que les contextes et les inégalités socio-économiques sont au cœur des leviers d'actions identifiés pour la promotion de la santé et considérés dans le présent dossier. Un individu myope et sans accès à un dispositif correctif de vision, ou à la vision altérée du fait de l'absence d'information médicale ou de traitement adapté de son diabète, alors qu'il souhaiterait voir au mieux, jugera sûrement ne pas avoir assez. Le cas d'une personne en léger surpoids mais qui ne souhaite ni pratiquer un sport ni changer son régime alimentaire serait alors plus complexe. Pourrait-on décréter, sur la base d'une « comparaison extrinsèque entre la situation d'un individu et d'autres situations auxquelles il peut rationnellement prétendre » (p. 64), que cet individu est en insuffisamment bonne santé ? Frankfurt évoque ainsi une « doctrine de la suffisance » (*ibid.*), qui semble très féconde pour penser en terme éthique l'éducation et la prévention en santé. Quand peut-on estimer que de telles démarches échouent ? Non pas quand persistent des différences de santé entre les individus, mais plutôt quand un nombre croissant d'entre eux ne sont pas en suffisamment bonne santé à leurs propres yeux. Dans ce domaine, c'est la privation de certains qui choque le plus.

2.2 La question de la citoyenneté

On peut voir ici un parallèle avec la question de la citoyenneté, formulable comme suit : ce qui choque le plus dans ce domaine, ce n'est pas que certains prennent une plus grande part que d'autres à la vie publique (par un mélange de choix personnels et de compositions avec les circonstances de la vie politique), mais que certains se voient *a priori* exclus du choix le plus large possible du type de citoyenneté qu'ils veulent vivre. Par type de citoyenneté, on peut entendre ici une opposition, plus schématique qu'absolument rigoureuse, entre

une citoyenneté « active » (participation aux suffrages, à la vie politique et/ou syndicale, recherche forte de l'information) et une citoyenneté « passive » (abstention, indifférence plus grande à l'égard de certains choix collectifs [5]), avec toutes les nuances que l'observation de la réalité sociale impose d'introduire dans cette distinction. On pourrait en dire autant sur la pensée d'une démocratie sanitaire : l'essentiel n'est pas que l'ensemble des patients participe activement à la co-élaboration des processus de soin (certains le feront, d'autres non, dans certaines situations, et peut-être pas dans d'autres), mais que ne leur soit jamais déniée leur « capacité de réponse » (Tronto, 1993/2009, p. 181-183) lorsqu'il reçoivent un soin, ni ne soit outrepassé l'impératif de leur consentement préalable aux soins proposés. Si une conception normative du « patient qui patiente » laisse place à une conception normative du « patient qui agit », on peut estimer que la normativité a changé mais que l'autonomie n'a pas nécessairement progressé. De même, si l'on n'émancipe le citoyen que pour lui assener ensuite que le fait d'« avoir conscience de l'importance de la volonté générale par-delà ses intérêts particuliers » (Foray, 2016, p. 57) est le seul véritable accomplissement, on contrevient au respect du pluralisme des conceptions du bien.

Pour Yves Bruchon, on aurait tort de considérer que ces éléments vont aujourd'hui de soi, comme il entreprend de le montrer en étudiant le cas des personnes handicapées (2013). Selon lui, si l'accompagnement des plus vulnérables est nécessaire, ce constat ne devrait jamais conduire à oublier qu'il « n'est pas une fin mais un moyen » (2013, p. 151) au service de l'autonomie individuelle. Traiter la question du handicap comme une question politique, et les porteurs de handicaps comme des citoyens politiques, passe pour Bruchon par l'impératif que « la pratique des différents accompagnements change de sens : non plus [seulement] compenser les inégalités, mais affirmer l'égalité » (p. 159). La focalisation sur les besoins et demandes indéfinies de soins des personnes handicapées comporterait ainsi un risque d'assignation à la dépendance, mêlé d'une « attitude de consolation et de pitié, [...] qui appellerait accompagnement ce qui conduit à accepter son sort » (2013, p. 151).

On peut donc dire que l'enjeu en termes de citoyenneté est ici de respecter non seulement le pluralisme libéral des conceptions du bien mais aussi la pluralité des manières de concevoir son propre bien-être, y compris lorsqu'on est récepteur de soin (Tronto, 1993/2009, p. 149-150, p. 193-195) tout en laissant toujours ouverte la possibilité de se saisir politiquement des questions des conditions socio-politiques dont la réalisation de ces choix dépend.

2.3 La question de la solidarité

Où l'on retrouve le troisième terme problématique de cette partie, également au cœur du dossier, la solidarité [6]. Elle s'articule avec l'idée que « l'autonomie ne saurait être présupposée et encore moins exigée *a priori* des personnes ; elle doit être soutenue » (Foray, 2016, p. 180), qu'elle « dépend [...] de protections offertes » (*ibid.*). L'enjeu est d'intégrer au raisonnement une « ontologie de l'accident » (Brugère, 2011/2014, p. 63-65), c'est-à-dire une conscience que l'humain est aussi celui dont la vie et l'autonomie

5. Une telle distinction fait fond sur la distinction fameuse de Benjamin Constant (1819/1997) entre la liberté des Anciens (prise en charge directe des affaires de la Cité) et la liberté des Modernes (jouissance paisible de l'indépendance privée).

6. Pour un traitement à la fois plus systématique et historique de la notion de solidarité d'un point de vue de philosophe de l'éducation, on se reportera avec profit aux travaux de Marie-Claude Blais (2008).

sont fragile. Personne n'est totalement à l'abri, donc totalement certain de ne pas avoir un jour besoin de beaucoup de solidarité de la part des autres.

On peut distinguer schématiquement deux dimensions de la solidarité également compatibles avec un système de légitimité individualiste, dans la considération de la singularité de chaque parcours de vie (et en particulier de chaque histoire médicale personnelle). La première dimension est collective, elle passe par l'impôt, la redistribution, l'action de professionnels compétents, bref, par l'État-social. Ce dernier « a fonctionné comme un accoucheur de l'individualisation de nos sociétés, une individualisation par la socialisation. En partant du réel social, il a conduit à la consécration du droit formel des individus » (Gauchet, 2017, p. 537). Il met à disposition des individus abstraits les moyens de se comporter concrètement en individus autonomes (société des individus et État-social sont ainsi indissolublement liés). La seconde dimension est personnelle, et chacun peut la trouver, de manière souvent fort inégale, dans son entourage immédiat (famille au sens le plus proche ou le plus large, réseaux de sociabilités professionnelles, locales, confessionnelles. . .). Cela signifie que chacun peut d'une part bénéficier d'une base commune en terme d'accès à la santé et à l'éducation et prévention en santé, mais aussi que certains bénéficient d'« appuis de socialisation » (Foray, 2016, p. 26) dont d'autres sont privés dans la quête du bien-être, rendant alors ces derniers plus vulnérables. Mais dans le même temps, le double mouvement d'attribution objective (chacun a des droits inaliénables garantis par la loi) et d'appropriation subjective (chacun doit se construire comme sujet dans ce cadre du statut d'individu de droit (Gauchet, 2017, p. 551-560) reconnaît et donne à chacun des acteurs une plus grande responsabilité et une plus grande influence potentielle par ses choix sur la santé de ceux avec qui il est en relation (sans que ces rapports ne soient plus réglés par les mœurs ou la tradition).

Ainsi comprise, on pourrait dire que la société des individus est prometteuse de souci éthique (Roelens, 2019, p. 424-428), car : 1° elle multiplie les situations concrètes où les acteurs (en particulier ceux qui font vivre l'État-social sur le terrain) vont devoir faire des choix selon des considérations éthiques, 2° elle laisse libre, dans une certaine mesure, le jeu des solidarités privées et interindividuelles, où les individus vont également avoir à se déterminer selon leur éthique, 3° elle renonce *a priori* à établir une nouvelle orthodoxie des choix éthiques, au profit d'une admission de la nécessité de compromis pragmatiques[7] et renouvelés entre des options plurielles. Dans les trois cas, le couple droit/pouvoir (autrement dit les lois et règlements en vigueur et les moyens de les faire appliquer) offre un cadre et un canevas à l'action, mais ne saurait la guider intégralement. Quel(s) appui(s) le praticien (professionnel ou non) d'éducation et prévention en santé peut-il alors mobiliser au quotidien comme boussole ?

2.4 Éduquer, guérir, prévoir : trois tâches ardues aujourd'hui

Répondre à cette question conditionne indirectement l'effectivité de l'action éducative et préventive. Envisager de s'inscrire à l'horizon d'une pratique d'éducation et prévention en santé conduit en effet à envisager les conditions de possibilités de l'assomption d'une posture précaire à plusieurs titres.

7. Ce terme est employé dans cet article non pas au sens savant (qui désigne une école philosophique essentiellement américaine dont John Dewey est le représentant le plus célébre) mais au sens courant, mettant l'accent sur la nécessité d'adapter son action en contexte.

Cette pratique conjugue tout d'abord les deux domaines d'activité dans lesquels *La fin de l'autorité* telle que Renaut l'envisage[8] porte le plus à conséquence : « Éduquer » (2004, p. 138-185) ; « Guérir » (p. 233-257), c'est-à-dire permettre à l'autre de tendre autant que possible vers la santé. Renaut ouvre sa réflexion sur la médecine contemporaine par un rappel de « la définition "officielle" de la santé : État de complet bien-être physique, mental et social ne se caractérisant pas uniquement par l'absence de maladie ou d'infirmité » (p. 244), insistant sur le fait qu'une telle définition ne permet au mieux que d'envisager tendre vers l'objectif fixé.

L'idée même de prévention, enfin, semble impliquer la présomption d'une meilleure capacité de celui à qui l'on s'adresse de prévoir ce qui peut, en fonction des décisions à prendre au présent, advenir par la suite. Réciproquement, c'est alors parce qu'autrui est conscient « de ses limites [et] accorde à d'autres une plus grande perspicacité » (Gadamer, 1960/1996, p. 449) que la logique préventive peut jouer.

Pour Gadamer, c'est ultimement dans cette capacité à mieux prévoir et à mieux savoir que « consiste l'essence de l'autorité que revendiquent l'éducateur, le supérieur, le spécialiste » (1960/1996, p. 450). La perte d'évidence des autorités de l'éducateur et du médecin ainsi que celle du praticien de la prévention tient au fait que, dans la société des individus, leur légitimité ne peut pas s'envisager comme étant évidente par elle-même en vertu de leur âge, de leur science, de leur exemplarité morale ou de leur capacités supérieures d'anticipation, mais doit être dérivée de la légitimité première des droits fondamentaux des individus auxquels ils s'adressent, et être reconnue par eux. Sans cette primordiale reconnaissance de légitimité, leur pratique est largement inopérante.

Nous avons montré ailleurs (Roelens, 2017) le caractère décisif que pouvait avoir la posture éthique de l'éducateur pour voir son autorité reconnue et pour assumer par conséquent la responsabilité qui est la sienne, étant entendu qu'il « y a de l'éducation parce qu'il y a de l'autorité » (Blais *et al.*, 2002/2013, p. 45), l'autorité étant une condition de l'éducation (2008, p. 170). Pas d'éducation et de prévention en santé opérante aujourd'hui, autrement dit, sans que le praticien puisse s'appuyer sur une forme renouvelée d'autorité, dont les conditions de reconnaissance sont en grande partie liées à l'éthique sur laquelle ledit praticien s'appuie. Quelle posture éthique pourrait donc ici permettre l'effectivité des pratiques envisagées ? Explorons les options disponibles.

3 Éthiques normatives, éthique du *care*, éthique minimale ?

3.1 Santé, bonheur et éthique

En faisant du « bien-être complet de l'individu » l'ambition de la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa de 1986 autorise à faire le rapprochement entre quête de la santé et quête du bonheur[9]. Le raisonnement partira ici de la pensée kantienne, identifiant cette dernière quête comme « une fin que l'on peut supposer réelle chez tous les êtres raisonnables » (1785/1986, p. 127), avant de s'en éloigner dans un second temps (relativement à la notion, problématique, de devoir envers soi-même).

8. Se sont en fait joués en même temps, dans le mouvement que Renaut analyse : 1° « la fin *d'une* autorité ou *une* fin de l'autorité » (Roelens, 2019, p. 101), c'est-à-dire de l'autorité traditionnelle et hiérarchique, 2° le déploiement d'une autorité métamorphosée, inscrite dans le système de légitimité individualiste.

9. Ainsi qu'à parler, comme le fait Alain Renaut, d'une « médecine du bonheur » (2004, p. 244).

L'impératif hypothétique [10] qui représente la nécessité pratique de l'action comme moyen d'arriver au bonheur est ASERTORIQUE. On ne peut pas la présenter simplement comme indispensable à la réalisation d'une fin incertaine, seulement possible, mais d'une fin que l'on peut supposer avec certitude et *a priori* chez tous les hommes. [On] peut donner le nom de prudence [...] à l'habileté dans le choix des moyens qui nous conduisent à notre plus grand bien-être. (*ibid.*)

Kant précise plus loin que « par malheur, le concept de bonheur est un concept si indéterminé, que, malgré le désir qu'à tout homme d'arriver à être heureux, personne ne peut jamais dire en termes précis et cohérents ce que véritablement il désire et il veut » (p. 131), et, pourrait-on ajouter, il ne peut pas non plus savoir si la représentation qu'il se fait du bien-être pourra être stable dans le temps. Ce disant, Kant nous fournit un guide précieux pour penser la prévention en termes de formulation de conseils de prudence [11], autrement dit une manière d'attirer l'attention d'autrui sur l'importance d'une « prise en compte de ses propres intérêts à long terme : une maxime d'action prudentielle » (Ogien, 2007, p. 50). Être prudent, en ce sens, c'est ne pas compromettre par ses actions la pérennité de tout ce dont nous avons besoin pour atteindre et conserver une vie que nous jugeons bonne.

Au-delà de ce constat d'une communauté de poursuite des fins que sont la santé et le bonheur, se pose une question essentielle de l'éthique normative, c'est-à-dire celle des fins qu'il est non pas seulement commun mais légitime pour l'homme de se donner, et des justifications qu'on peut leur apporter. Nous exposerons donc succinctement à ce sujet trois hypothèses procédant de la confrontation des trois grands types des conceptions de la détermination des fins à poursuivre éthiquement. Nous préciserons chaque fois leurs hypothèques, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles (dans le positionnement qui est ici explicitement le nôtre et dont le texte rend compte) il nous semble problématique de les retenir pour penser aujourd'hui l'éducation et la prévention en santé et sa mise en œuvre.

3.2 Trois hypothèses normatives et leurs hypothèques

3.2.1 Déontologisme et vertuisme, deux prescriptions de modes de vie complets

La hiérarchie qu'établit Kant entre agir par devoir et agir par rapport à une fin, au déficit du deuxième type d'action, pose question dans une perspective d'éducation et de formation en santé. Une telle posture éthique illustre parfaitement l'option déontologiste [12]. Pour Kant, l'impératif catégorique, celui en fonction duquel il faut agir, est : « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle » (p. 136), dont il dérive l'impératif pratique suivant : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen » (p. 151). L'exigence de ne pas traiter autrui comme un objet dans les processus de soin

10. L'impératif catégorique est nécessaire en soi, et l'impératif hypothétique est nécessaire pour parvenir à une fin.

11. Kant distingue « règles de l'habileté, [...] conseils de la prudence, [...] commandements (des lois) de la moralité » (1785/1986, p. 128), les deux premiers répondant aux impératifs hypothétiques, les troisièmes à l'impératif catégorique.

12. Prairat rappelle (2014, p. 30-32) qu'elle est à distinguer de la déontologie professionnelle, qui est, elle, « un ensemble de règles et de recommandations qui régit l'activité d'un professionnel dans l'exercice de sa profession » (p. 29).

et d'éducation, qui s'adressent à un sujet humain, semble plus évidemment compatible avec le type de posture éthique recherché dans cet article que l'idée de devoir envers soi-même (Prairat, 2014, p. 36-38), qui point également dans cette formulation. En appeler au devoir qu'auraient les individus d'être en bonne santé (et définir conjointement ce que serait un modèle dense de bonne santé) paraît difficilement pouvoir être considéré comme un ressort pertinent dans une logique d'éducation et de prévention démocratique, soucieux à la fois de liberté et d'égalité (Ogien, 2007, 2014).

Une autre option éthique normative devant être considérée est le vertuisme (Prairat, 2014, p. 121-122), dont l'éthique d'Aristote (1997) donne un illustre exemple. L'exercice de la vertu est alors « le bien même » (Prairat, 2014, p. 122) et participe d'un « travail d'accomplissement de soi » (*ibid.*). Une éthique vertuiste de l'éducation et de la prévention en santé pourrait alors être envisagée comme celle qui vise les progrès des individus accompagnés vers un idéal qui pourrait être celui défini par l'antique formule de Juvénal, « un esprit sain dans un corps sain ». Outre qu'une telle conception est pour le moins problématique sur le plan de l'égalité (les contingences et autres accidents de la vie ayant toutes les chances de ne pas permettre à nombre d'individus d'atteindre cet idéal), cela entre directement en contradiction avec l'une des déclarations introductives de la Charte d'Ottawa de 1986 affirmant que la « santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ». Le caractère très fortement hiérarchisé des formes de bonheur envisagées par Aristote (l'amenant à condamner le bestial plaisir du corps et le vain plaisir de la vie politique selon l'honneur et la rhétorique) pour faire de la vie contemplative le Souverain Bien et la forme accomplie de la vie bonne, entre en tension avec les enjeux de la citoyenneté, de l'égalité et de la solidarité. La référence à l'éthique aristotélicienne et à la notion de « vie bonne » doit donc être maniée, si l'on ose dire, avec prudence elle aussi.

Un exemple en est donné par la lecture croisée de deux confrontations contemporaines à la question de ce que pourrait être l'éthique de nos démocraties libérales, respectivement chez Gilles Lipovetsky (1992) et Renaut (2011). Lipovetsky se prononce en faveur d'une « éthique aristotélicienne de la prudence tendue vers la quête du juste milieu, d'une juste mesure par rapport aux circonstances historiques, techniciennes et sociales » (1992, p. 221) et se montre très sceptique envers les potentialités opératoires dans les démocraties actuelles, « l'idéal kantien de la bonne volonté » (p. 219) et de la notion d'« impératif catégorique » (*ibid.*). À l'inverse, Renaut se montre sceptique quant à ce qu'il appelle les tentatives « d'une éthique néo-aristotélicienne » (2011, p. 127 ; p. 145-147) et réaffirme au contraire l'importance de ne pas évacuer le point de vue moral kantien (p. 231-246). Ces deux options éthiques (kantienne, aristotélicienne) sont ce que Ruwen Ogien appelle des maximalismes moraux, c'est-à-dire des prescriptions positives sur la manière de mener individuellement sa vie et non uniquement des préceptes pour la mener sans nuire à autrui et lui permettre de faire de même. Ogien évoque ainsi « le monde d'Aristote, qui nous recommande tout un art de vivre et pas seulement un code de bonne conduite en société, ou celui de Kant, pour qui nous avons des devoirs moraux à l'égard d'autrui, mais aussi de nous-mêmes » (2007, p. 12). Ce même auteur a exprimé ailleurs clairement sa position selon laquelle l'éducation scolaire ne devrait selon lui en aucun cas être maximaliste (2014), c'est-à-dire prescrire voire imposer une vision du bien et non simplement mettre à disposition de chacun les moyens de construire la sienne.

Il semble incompatible avec notre propre démarche d'opter pour une approche maximaliste de l'éducation et prévention en santé. Nous retenons en revanche l'importance centrale de la prudence pour progresser vers une telle éthique.

3.2.2 Les exigences conséquentialistes

Une troisième option en termes d'éthique normative doit être discutée, à savoir le conséquentialisme (Prairat, 2014, p. 25-27), qui consiste à se focaliser sur les conséquences des actes de chacun sur autrui (et plus généralement sur le collectif), et à demander « à l'agent moral d'oublier ses intérêts pour promouvoir un monde meilleur ou, à défaut, le moins mauvais possible » (p. 26).

Ceci entre en résonnance avec une certaine conception de l'éducation à la citoyenneté, ayant alors pour objectif d'« arracher l'individu à ses intérêts et points de vue particuliers ainsi qu'à ses appartenances privées, pour le rendre capable de "se placer du point de vue de l'ensemble", et par là même d'abandonner certaines satisfactions pour le bien de la collectivité » (Blais *et al.*, 2002/2013, p. 291). Cela conduit également à une forme de prise de partie dans le débat (au cœur de toute logique préventive et bien rappelé par Françoise Salvadori et Laurent-Henri Vignaud dans leur somme consacrée aux oppositions historiques aux vaccins lorsqu'ils confrontent « Médecine individuelle ou santé publique [13] ? » (2019, p. 279-284) entre choix éthiques particuliers ou intérêts collectifs (démographiques, dans le cas d'une nation, par exemple), en faisant primer les seconds. Le conséquentialisme semble pourtant, dans la perspective poursuivie dans le présent article, critiquable sur au moins deux plans : éthique et pragmatique.

Cette logique est doublement problématique d'un point de vue éthique. Premièrement, elle fait fond sur une « logique sacrificielle » (Prairat, 2014, p. 27), que celle-ci envisage de « sacrifier une personne au profit d'un collectif » (*ibid.*) ou de demander à une personne de « sacrifier ses intérêts et ses désirs les plus forts » (*ibid.*), ce qui entre en contradiction avec un système de légitimité individualiste. Secondement, elle tend à renverser la vulnérabilité en culpabilité. Comme l'écrit Foray (2016, p. 178-181), l'injonction à l'autonomie individuelle ne saurait sans se pervertir être entendue comme exigence faite aux individus de se débrouiller tous seuls, manière de mieux les rendre responsables de leurs échecs et de leurs difficultés lorsqu'ils en rencontrent. Autrement dit, l'objectif est de créer les conditions optimales d'un point de vue social et politique pour favoriser la santé de chacun (Nussbaum, 2011/2012, p. 190-191) et non d'enjoindre les citoyens à être en bonne santé pour contribuer indirectement par ce biais au fonctionnement harmonieux de la société (en contribuant ainsi à réduire les dépenses de santé, par exemple, ce qui peut être une externalité positive de la « bonne » santé des personnes mais ne constitue pas une fin en soi). Ce point est particulièrement sensible dans une perspective d'éducation à la santé car le raisonnement peut, à l'extrême, tendre vers une considération des personnes malades et handicapées comme étant uniquement des charges pour la société dont elles sont membres, soit l'exact opposé d'une logique inclusive (Gardou, 2011, 2012).

L'approche conséquentialiste est également problématique d'un point de vue pragmatique, car elle peut tendre en retour à heurter l'individu auquel elle s'adresse, ce qui peut le

13. Question significativement posée au sein d'un chapitre appelé « La démocratie sanitaire en débat » (Salvadori et Vignaud, 2019, p. 259-296).

conduire à faire jouer ce que Gauchet appelle son droit de veto [...] à l'encontre des choix collectifs – et cela d'autant plus que ceux-ci ne sont jamais, dans les faits, que des choix majoritaires. Une dimension qui [...] prend une nouvelle portée lorsqu'il est devenu impossible d'opérer l'identification qui allait plus ou moins de soi entre majorité et collectivité, une collectivité aux contours désormais introuvables. Pourquoi et au nom de quoi un agrégat d'individus imposerait-il sa loi à un individu ? (2017, p. 576).

Pour le dire autrement, la santé, pas plus que l'apprentissage, ne s'ordonnent [14] (en se permettant de jouer sur la polysémie de ce dernier terme qui peut signifier se mettre dans un ordre fixe et égal pour tous, ou bien commander à autrui, lui donner un ordre). L'horizon n'est pas ici celui d'un bien-être commun pour tous ni celui du bien commun en général, mais celui de chaque bien-être particulier, mais vécu pour une part importante en commun.

3.3 Vies bonnes et vulnérabilités

C'est en fait à une question éthique fondamentale, dont les implications dans les débats contemporains en philosophie politique sont considérables, que l'on se confronte ici. La lecture d'Eva Feder Kittay [15] (1998 ; Carlson et Kittay, 2010) et l'application qu'elle met, riche de l'expérience des relations avec sa fille atteinte d'un handicap mental important, à distinguer *la* vie bonne en général et *une* vie bonne en particulier, sont éclairantes sur ce point. Comme l'a bien montré Marie Garrau, la question de savoir s'il est « réellement possible de définir ce que pourrait être une société juste sans référence à une conception normative de la vie humaine bonne » (2015, p. 193) traverse et guide la réflexion éthique de Kittay. Cela la conduit à conclure qu'il est nécessaire que « nous admettions que la vie bonne se dit en plusieurs sens et n'est pas subordonnée à la possession et à l'exercice de capacités » (p. 194) particulières. La responsabilité de la collectivité est de donner à chacun les moyens d'atteindre une forme de vie qu'il peut considérer comme bonne, étant entendu que toute vulnérabilité est singulière et que « l'équation autonomie / dépendance est propre pour chaque personne » (Foray, 2016, p. 35). Faire de la maximisation de l'autonomie individuelle [16] le but de l'éducation en général, et le but de l'éducation à la santé en particulier, répond à une telle exigence.

Cela revient à prendre comme « boussole la reconnaissance de la personne comme telle » (Foray, 2016, p. 129) et à se faire d'une certaine manière l'« assesseur » (Freire, 1996/2017, p. 119-120), c'est-à-dire celui qui est là pour permettre l'expression des choix, des formes de vie que la personne singulière peut être amenée à considérer elle-même comme bonnes. Une telle posture emprunte nécessairement à la pensée du *care*, Les travaux issus de cette dernière montre notamment que certaines personnes (les femmes et les plus précaires par exemple) sont astreintes, faute d'une solidarité sociale suffisante, à prendre soin des autres (au sens le plus large englobant une large gamme de réponse aux besoins humains) sans bénéficier elles-mêmes d'assez de soins. Certains citoyens peuvent se permettre de n'être, sans souvent en avoir même conscience, que des récepteurs de

14. On notera l'ambivalence d'un terme comme celui d'« ordonnance » médicale. Ce point ouvre également sur une discussion de termes tels que « compliance » aux soins ou « observance » d'une prescription (Alvin, 2004).

15. Nous remercions Martine Janner-Raimondi d'avoir contribué à mettre en lumière (communication personnelle) la centralité de cette distinction au sein d'une telle démarche.

16. Ce qui implique la mise à disposition de l'autre des nombreuses ressources techniques, intellectuelles, sociales, morales et affectives (Foray, 2017, p. 24-25).

soins sans en prodiguer, et ce pour leur confort personnel. D'autres, par exemple les personnes handicapées (Bruchon, 2013), sont parfois perçus comme des citoyens à part car « trop » dépendants des soins des autres. Cela débouche sur une société inéquitable, car la norme y est de considérer que la seule forme de vie bonne, dont nombre de personnes sont exclus de fait, est la vie dans une indépendance qui plus est illusoire. Penser l'autonomie au prisme du *care*, c'est donc accepter de la considérer dans sa vulnérabilité concrète et non dans la pureté théorique de l'injonction abstraite qui peut être faite aux individus d'être autonomes.

Autrement dit, la pensée du *care* permet de penser les limites pratiques de l'individualisme libéral, qui ne peut permettre que tous atteignent les objectifs qu'il assigne en terme d'autonomie individuelle sans penser les moyens d'accompagner concrètement ce processus à l'échelle de chaque existence personnelle (étant entendu que certains ont davantage besoin d'accompagnement que d'autres, et qu'un même individu n'a pas les mêmes besoins de soutien aux différentes étapes de son parcours de vie). Il faudrait donc « changer d'hypothèse sur les humains » (Tronto, 1993/2009, p. 211-215) dans la manière d'aborder le couple autonomie/vulnérabilité. Mais comme l'identifie également bien Joan Tronto, une telle démarche est porteuse du risque de réintroduire un paternalisme[17] semblant potentiellement en germe dans toute démarche de soin (p. 193-194), risquant d'étouffer l'attention à la capacité de réponse de celui qui reçoit le soin (qui pourtant est centrale, comme nous l'avons dit plus haut, pour définir le « bon *care* »).

La réintroduction conjointe d'une forme de moralisme (Prairat, 2014, p. 82) n'est pas non plus à exclure, alors même qu'un élément essentiel de la démarche de Tronto est de critiquer (1993/2009, p. 96-114) ce qu'elle perçoit comme relevant de l'élitisme moral dans les travaux de Lawrence Kohlberg. Roger Monjo a bien identifié ce double danger du *care*[18] (2018, p. 31-33), qu'il est nécessaire de prendre en compte et de tempérer pour que les pensées du *care* puissent être fécondes en terme d'éducation à l'autonomie. Un objectif qu'il formule à propos de l'obligation publique d'instruction semble pouvoir être réinvesti pour envisager un modèle d'éducation et de prévention en santé compatible avec les exigences posées dans la première partie de cet article, Monjo en appelle à « agir de telle sorte que nul ne puisse se plaindre d'une "mise à l'écart", notion qui peut aujourd'hui s'entendre en plusieurs sens, de l'exclusion pure et simple à la stigmatisation ou à l'humiliation [...], en faisant preuve d'une attention active qui n'a rien à voir avec l'impartialité ou la neutralité » (p. 33). En d'autres termes, et pour reprendre ceux de la Charte d'Ottawa de 1986, aucun individu ne doit *a priori* se voir écarté de l'accès à la ressource que peut constituer une santé suffisamment bonne pour « parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social », sans que cela ne détermine la conception dudit bien-être que l'individu développera tout au long de sa vie. En passer par une certaine forme de minimalisme moral semble alors nécessaire à Monjo. Nous conclurons en explorant cette option.

17. Le « paternaliste veut notre bien y compris contre notre volonté s'il le faut » (Prairat, 2014, p. 89).

18. Nous remercions ici Eirick Prairat (communication personnelle) pour les fructueux échanges au sujet de ce double danger et la discussion sur laquelle ils ont débouché quant aux options possibles pour tenter de borner ces dangers.

4 Conclusion : un minimalisme appliqué comme condition de possibilité d'une pratique de l'éducation à la santé ?

L'éthique minimale est fortement associée aujourd'hui (Prairat, 2014, p. 76-79) aux travaux d'Ogien, qui la présente comme un positionnement résolument anti-moraliste et anti-paternaliste (2007). Le minimalisme d'Ogien repose sur trois principes : « indifférence morale du rapport à soi-même » (2007, p. 196), « non nuisance à autrui » (*ibid.*), « égale considération de chacun » (*ibid.*). Leur articulation permet d'une part d'évacuer toute intervention paternaliste et/ou moraliste motivée par le fait qu'il faudrait intervenir pour protéger l'individu de lui-même (d'où sa critique, que nous reprenons, de la notion kantienne de devoir envers soi-même), et d'autre part de justifier éthiquement les actions envers autrui dont le but n'est pas de déterminer ses choix mais de lui permettre lui-même de faire des choix en fonction de ce qu'il considère comme une vie bonne et pour lui permettre de s'en rapprocher. C'est en ce sens que Monjo propose de parler d'« un minimalisme d'attention plutôt que d'abstention, en comprenant l'injonction centrale de "ne pas nuire à autrui" en un sens plus substantiel (prendre soin de ne pas lui nuire) » (2018, p. 32-33) qu'une simple prescription négative. Que serait alors un minimalisme d'attention appliqué à la promotion de la santé ? Sans doute un art de proposer (et non d'imposer) à autrui de l'aider à maximiser ses capabilités, en ayant une influence que lui-même perçoit et juge positive sur sa santé.

Considérons l'exemple fameux [19] pris par Ogien quant à l'hygiène alimentaire et à l'activité physique, celui d'un individu qui passerait ses « journées vautré sur un canapé à [se] gaver de biscuits au chocolat en regardant la télévision » (2007, p. 11). Pour lui, il semble « approprié de dire de notre personnage gourmand et paresseux qu'il est "imprudent" car il met sa santé en danger [...] mais non qu'il est "immoral" ou qu'il viole un "devoir moral envers lui-même" ». Une telle posture paraît la plus adéquate (sans dire pour autant qu'elle *suffit*) pour obtenir de ce même individu le crédit préalable à la reconnaissance d'une autorité, et donc pour pouvoir prétendre agir concrètement pour l'accompagner, c'est-à-dire agir pour favoriser son autonomie durable.

Il semble en effet qu'une véritable prise en compte des enjeux d'égalité, de citoyenneté et de solidarité conduit à envisager en profondeur le passage du rôle du praticien d'éducation et prévention en santé d'un rôle de commandement (aux deux sens du terme, celui qui dit quoi faire ou ne pas faire, et celui qui « passe une commande » quant à ce que serait un bon modèle de santé, dense et normatif, vers lequel progresser) à une posture de service. Notre propre propos peut ainsi admettre une certaine communauté de but avec celui de Durand qui conclut ainsi son texte : « Le rôle de la médecine et de l'éducation est de permettre au sujet de devenir et de demeurer, grâce et avec les autres, l'acteur de sa propre vie » (2013, p. 124). En revanche, ni sa relativisation de l'intérêt du minimalisme moral (et son assimilation à un pur contractualisme indifférent) ni, surtout, sa promotion d'un « paternalisme "doux" ou "modéré" » (p. 117), ne nous paraissent permettre d'articuler harmonieusement l'ensemble des défis de l'égalité, de la citoyenneté et de la solidarité dans l'éducation et prévention en santé à mettre en œuvre dans un monde de l'autonomie.

19. Discuté, entre autres, par Renaut (2011, p. 253).

Pouvoir s'appuyer dans cette optique sur une posture d'autorité renouvelée, résolument non paternaliste, change la donne. Il devient possible de se mettre plus clairement et plus fondamentalement au service de la possibilité pour chacun de progresser dans son « aptitude à gagner du temps contre le mal et la douleur » (Lipovetsky, 1992, p. 22) pour lui-même et pour les autres[20] dans le respect des droits de chacun. Le praticien d'éducation et prévention en santé pourra ainsi : 1° adopter une posture éthique respectant les individus auxquels il est confronté comme égaux en liberté, en dignité et en citoyenneté, 2° contribuer à maximiser leur autonomie morale et leurs possibilités concrètes de la déployer quant au rapport à leur propre santé.

Si être autonome consiste à savoir choisir ses influences (y compris choisir ce que l'on prend et ce que l'on laisse dans une influence donnée), il semble tout à fait possible qu'une certaine reconnaissance de l'autorité se traduise par une influence partielle et pondérée. La parole d'autorité bienveillante n'est pas nécessairement celle qui met fin à tout débat. Elle peut être une voix qui s'exprime parmi un "quorum" en délibération dans l'exercice par l'individu de sa capacité à choisir et à penser par lui-même. Rendre l'autre auteur, cela peut être, modestement, lui fournir l'une des nombreuses ressources qu'il articulera ensuite au service de sa propre progression vers une vie qu'il estime bonne (Roelens, 2019, p. 340-341).

5 Références bibliographiques

Alvin, P. (2004). L'adolescent et sa « compliance » au traitement. *Enfances & Psy, 25*, 46-51.

Aristote. (1997). *Éthique à Nicomaque*. Paris : Vrin.

Blais, M.-C. (2008). La solidarité. *Le Télémaque, 33*, 9-24.

Blais, M.-C., Gauchet, M. et Ottavi, D. (2002/2013). *Pour une philosophie politique de l'éducation*. Paris : Arthème Fayard / Pluriel.

Blais, M.-C., Gauchet, M. et Ottavi, D. (2008). *Conditions de l'éducation*. Paris : Stock.

Bruchon, Y. (2013). *Handicap et citoyenneté*. Paris : L'Harmattan.

Brugère, F. (2011/2014). *L'éthique du "care"*. Paris : Presses Universitaires de France.

Constant, B. (1997). *Écrits politiques*. Paris : Gallimard.

Durand, G. (2013). Éduquer et soigner : une éthique commune ? *Recherches en éducation, 17,* 115-125.

Foray, P. (2016). *Devenir autonome. Apprendre à se diriger soi-même*. Paris : ESF.

Foray, P. (2017). Autonomie. *Le Télémaque, 51*, 19-28.

Frankfurt, H. (2017). *De l'inégalité*. Paris : Inférences.

Freire, P. (1996/2017). *Pédagogie de l'autonomie*. Toulouse : Erès.

Gadamer, H.-G. (1960/1996). *Vérité et méthode*. Paris : Seuil.

Gardou, C. (2011). Dans une perspective inclusive, penser autrement le handicap. *VST – Vie sociale et traitements*, *111*, 18-25.

Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse : Erès.

Garrau, M. (2015). La portée politique de l'expérience. Retour sur le parcours philosophique d'Eva Feder Kittay. *ALTER, European Journal of Disability Research, 9*, 186-194.

20. Ce qui intègre donc pleinement les deux dimensions de la solidarité : sa forme impersonnelle incarnée par l'État-social ; sa forme personnelle et singulière, jouant dans le registre des « connexions démocratiques » (Roelens, 2019, p. 263-284), c'est-à-dire de la manière de se lier et de se délier dans une société d'individus autonomes.

Gauchet, M. (2005). *La condition politique*. Paris : Gallimard.

Gauchet, M. (2012). Vers une anthroposociologie transcendantale. Dans *L'Anthropologie de Marcel Gauchet* (219-236). Paris : Editions Parole et Silence.

Gauchet, M. (2017). *Le nouveau monde. L'avènement de la démocratie IV*. Paris : Gallimard.

Gauchet, M. et Swain, G. (1980/2007). *La pratique de l'esprit humain*. Paris : Gallimard.

Kant, E. (1785/1986). *Fondements de la métaphysique des moeurs*. Paris : Delagrave.

Kittay, E. F. (1998). *Love's Labor : Essays on Women, Equality and Dependency*. New York : Routledge.

Kittay, E. F. et Carlson, L. (2010). *Cognitive disability and its challenge to moral philosophy*. Chichester : Wiley-Blackwell Publishing.

Lipovetsky, G. (1992). *Le crépuscule du devoir. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*. Paris : Gallimard.

Monjo, R. (2018). Le *care* en éducation : quelles reconfigurations ? Dans M. Derycke et P. Foray (dir.), *Care et éducation* (19-38). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Nussbaum, M. (2011/2012). *Capabilités*. Paris : Flammarion.

Ogien, R. (2007). *L'éthique aujourd'hui. Maximalistes et minimalistes*. Paris : Gallimard.

Ogien, R. (2014). La morale minimale à l'école. *Recherches en Éducation, HS6*, 13-24.

Prairat, E. (2014). *Les mots pour penser l'éthique*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Rawls, J. (1971/2009). *Théorie de la justice*. Paris : Points.

Rawls, J. (1993/2000). *Justice et démocratie*. Paris : Seuil.

Renaut, A. (2004). *La fin de l'autorité*. Paris : Flammarion.

Renaut, A. (2011). *Quelle éthique pour nos démocraties ?* Paris : Buchet-Chastel.

Roelens, C. (2017). Autorité éducative bienveillante et éthique. *Éthique en éducation et en formation. Les Dossiers du GREE, 4*, 92-107.

Roelens, C. (2019). *L'autorité bienveillante dans la modernité démocratique : entre éducation, pédagogie et politique*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, UJM Saint-Etienne.

Salvadori, F. et Vignaud, L.-H. (2019). *Antivax. La résistance aux vaccins du XVIIIème siècle à nos jours*. Paris : Editions Vendémiaire.

Tronto, J. (1993/2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte.