



HAL
open science

Rendre possible l'autonomisation, “ sale boulot relationnel ” ou care ?

Éliane Rothier Bautzer

► **To cite this version:**

Éliane Rothier Bautzer. Rendre possible l'autonomisation, “ sale boulot relationnel ” ou care ?. Recherche et formation, 2014. hal-03433647

HAL Id: hal-03433647

<https://hal.science/hal-03433647>

Submitted on 17 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Rendre possible l'autonomisation, « sale boulot relationnel » ou *care* ?

Enabling empowerment, “menial relational job” or care?

Éliane Rothier Bautzer



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2218>

ISSN : 1968-3936

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 19 novembre 2014

Pagination : 9-18

ISBN : 978-2-84788-758-7

ISSN : 0988-1824

Référence électronique

Éliane Rothier Bautzer, « Rendre possible l'autonomisation, « sale boulot relationnel » ou *care* ? », *Recherche et formation* [En ligne], 76 | 2014, mis en ligne le 19 novembre 2014, consulté le 06 janvier 2018. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2218>

Rendre possible l'autonomisation, « sale boulot relationnel » ou *care* ?

> **Éliane ROTHIER BAUTZER**

Université Paris-Descartes, Cermes3 (Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société)

Voilà dix ans que je coordonnais un numéro de la revue *Les Sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle* centré sur la formation des professionnels de santé¹. Nous étions alors aux prémices de transformations qui se sont opérées progressivement dans ces formations professionnelles. Ce dossier se propose d'effectuer un détour historique et géographique pour mieux comprendre ce qui est en train de se jouer dans la première décennie deux mille sur le terrain français au sein des formations du secteur sanitaire.

De nouvelles formations sont prônées, promouvant certaines infirmières dans des rôles techniques ou relationnels plus complexes, notamment dans l'accompagnement des personnes malades chroniques. Révision de l'organisation des soins de santé primaires, mise en place de parcours de soin coordonnés, de formations moins cloisonnées entre professionnels de santé, représentent autant de reconfigurations visant à transformer l'organisation de l'offre de soin, la définition des besoins des personnes et les moyens d'y répondre.

Ce mouvement affecte conjointement les secteurs social et médico-social, qui se sont construits progressivement, en France, selon des filières distinctes, et, contrairement à ce qui existe chez nos voisins européens et dans les pays anglo-saxons, en dehors de cursus universitaires dédiés.

Les responsables de ces formations défendent une « universitarisation » qui ménage leur fonction et la reconnaissance des métiers auxquels ils préparent leurs étudiants sur des territoires bien identifiés. Les financeurs (institutions et régions) cherchent à résoudre une difficile équation qui consiste à répondre aux besoins de qualifications et de déficit de coordination du travail de ces professionnels, tout en limitant les reconnaissances en matière de rémunération et la recherche de parcours universitaires et de connaissances académiques. Ces parcours sont d'autant plus perçus comme un risque d'accroître la pénurie constatée sur certains

1 Numéro thématique « Formation des soignants », *Les sciences de l'éducation – Pour l'ère nouvelle*, 2, 9-23.

terrains d'activité que l'organisation de l'ensemble du système de soin est restée centrée sur l'hôpital.

Ce phénomène, tout en étant ancré dans la spécificité française qui tend à l'accentuer, n'en demeure pas moins général au sein des pays *développés*. Contrairement au cas français, la plupart des pays cumulent, pour les infirmiers, des offres de formations initiales de niveaux divers, des formations courtes aux cursus universitaires. Ce processus a tendance à entretenir une scission entre des praticiens, consultants « de base » et une élite de praticiens, savants « supérieurs », formés à l'université. Ce découpage ne se traduit pas toujours sur les terrains des soins, notamment hospitaliers, par une différence de statuts ou de traitements, voire par une nouvelle place dans la division du travail.

Depuis dix ans néanmoins, ces dispositifs de formation et les institutions qui leur sont reliées ont connu, en France, un certain nombre de transformations. Ce numéro vise à mieux décrire celles qui ont affecté le secteur sanitaire et notamment la formation de ses professionnels les plus nombreux, les infirmiers. Dans ce but, nous invitons à opérer quelques pas de côté, historiques et géographiques, pour mieux comprendre ce qui se déroule en France dans la première décennie deux mille sur la formation des professionnels de santé. Si la réforme Debré de 1958 concernant la formation des médecins français a considérablement été marquée par le modèle américain – lui-même revisité sous l'influence de l'université allemande, centrée sur la recherche fondamentale – les embryons de réformes françaises s'inspirent des expériences anglaises (Rothier Bautzer, 2012, 2013). D'autre part, les réformes de la formation infirmière, marquée par le modèle des diaconesses en Allemagne et sous l'influence du modèle « idéal » porté par Florence Nightingale, ont inscrit ensuite aux États-Unis, puis, dans le monde anglophone, des parcours professionnalisants diversifiés pour les infirmières de ces pays dont ne bénéficient pas les soignantes françaises, plus d'un siècle plus tard (Diébolt, Foucher, 2011). Les tensions et mouvements entre traditions soumises aux influences internationales sont soulignés par l'historienne Suzanne Kreutzer dans son article « *Hollywood Nurses* en Allemagne de l'Ouest : Biographies, image de soi, et expériences de la formation académique des infirmières après 1945 » publié en anglais dans la revue *Nursing History Review* (2013), que je traduis en français pour ce numéro. Il permet de souligner l'intrication des aspects sexués, sociaux et religieux dans la conception du travail infirmier à l'hôpital. Il rappelle que le contexte extra hospitalier correspond davantage à un travail autonome de l'infirmier centré sur la personne du patient. Il met en présence aussi les arguments qui s'opposent sur l'intérêt de former des infirmières sur la base d'un savoir et d'une éducation académique ou essentiellement pratique. Ces questionnements persistent dans la première décennie deux mille.

Sur le terrain des soins et celui des médias, le débat sur les qualifications infirmières peut tourner au conflit inter et intra professionnel. Ainsi, en 2012, une réduction opérée par plusieurs médias en Angleterre, assimile le travail infirmier à

l'action de laver, qualifie des universitaires diplômées en nursing, de potentielles prétentieuses (*too posh to wash*), et enfin, il accuse des praticiennes infirmières, d'être fainéantes et cruelles (*lazy and cruel nurses*) en se basant sur des situations concrètes. La revendication territoriale liée à la mise en évidence de situations de *care* négligé se retourne contre ses défenseuses pour les accuser, toutes ensemble, d'être responsables d'un processus qu'elles dénonçaient. D'un côté, on accuse celles qui feraient « salement » le « sale boulot » (Hugues, 1996) et de l'autre, on réduit le soin à l'action de laver et on ironise sur le fossé qui séparerait le « savant » du monde commun. Ce qui est occulté dans le déroulement de ce processus et mode de raisonnement partagé dans un certain nombre de pays occidentaux, repose sur la nature même des soins à prodiguer au XXI^e siècle, qui sont le produit d'évolutions thérapeutiques et techniques mais aussi de transformations sociales et culturelles, non prises en compte par une analyse statique et unidimensionnelle du processus. L'article de Yvonne Sawbridge et Alistair Hewison montre que l'analyse de la négligence des soins au Royaume-Uni, loin de référer à une question cantonnée aux seules infirmières, requiert la prise en compte d'un ensemble de facteurs, et ce, contrairement aux études réductionnistes qu'elles répertorient et critiquent. Nous avons choisi de faire partager ici au lecteur français la bibliographie conséquente que les auteures proposent. Elles rappellent que le déficit de *care* dans les services de soin est produit par les choix politiques et organisationnels qui réduisent notamment la dimension émotionnelle de ce travail à l'invisibilité.

En lien direct avec ce propos, Philippe Chanial propose dans son article un détour par l'anthropologie pour étudier ce processus en soulignant les « airs de famille » qui unissent les théories contemporaines du *care* et du don, en ce qu'elles prennent pour objet « des pratiques et des formes de relation interhumaine marginalisées, invisibilisées, infériorisées, cantonnées dans la sphère privée (Tronto, 2009a) ou dans la seule socialité primaire (Caillé, 2000) ». Le fait de maintenir dans l'invisibilité le travail de *care* et ceux (notamment celles) qui s'y adonnent, constitue un déficit de réciprocité démocratique, lequel contribue à produire les déficits de *care* relevés précédemment. Ils reposent, *in fine*, sur la non-reconnaissance du travail de *care* et du poids qu'il représente pour les subjectivités en présence. Ici aussi, le *care* délégué peut devenir un *care* relégué dont la négligence repose non pas sur un processus individuel, voire sur des pratiques déviantes d'un groupe professionnel peu ou mal formé, mais bien plutôt sur le choix politique qui organise l'ensemble du système de santé.

Dans ce secteur, les hiérarchies et la structure des systèmes professionnels se sont établies au cours du XX^e siècle selon un modèle centré sur l'autonomie professionnelle des médecins (basée sur l'intervention face à l'urgence d'un besoin à combler) et l'hétéronomie des autres professionnels et des personnes malades. En France, tout particulièrement, la profession infirmière et les activités paramédicales dans leur ensemble, s'exercent toujours en 2014 par dérogation au monopole

de l'activité médicale ; « au centre du système d'organisation des professions de santé se trouve la profession médicale² ». Les paramédicaux sont définis comme « aides » des médecins plutôt que leurs collaborateurs (*Rapport Matillon*, 2003). Le maintien et le développement de maladies qui durent (qui ne peuvent être guéries mais néanmoins stabilisées), dans un contexte où l'autonomie est progressivement revendiquée et imposée, introduit une rupture dans un processus qui aurait pu sembler idéalement bien rôdé pour éradiquer peu à peu les maladies dans un temps court³. Les hiérarchies établies basculent, les financeurs cherchent à augmenter les contrôles et la standardisation des activités dans un secteur où, par définition, le système hiérarchique était basé sur l'absence de standardisation possible du travail de la profession médicale dominante. La notion d'autonomie représente le prisme à travers lequel nous pouvons analyser ces transformations sociales. Le tableau ci-dessous les synthétise.

Le temps de la guérison (début XX ^e siècle / années soixante-dix)	L'hétéronomie domine. Patients soumis mais peut-être guéris. Les infirmières hospitalières, auxiliaires médicales, « bras du médecin », moyens au service de la finalité curative (<i>cure</i>).
Le temps des revendications d'autonomie autour de la reconnaissance d'un travail relationnel associé au travail technique (années soixante-dix / années deux mille)	Guérir si possible mais dans le respect de l'autonomie de la personne soignée et des soignants. Recherche d'autonomie infirmière par la définition d'un territoire : un « rôle propre » infirmier est défini comme centré sur le soin de la personne malade (<i>care</i>). Le travail infirmier vise à <i>faire recouvrer</i> son autonomie au patient (cf. Henderson, Colliere, 1994). Dans les faits, le travail infirmier hospitalier domine sur le modèle de l'auxiliaire médical prédéfini.
Le temps des tensions dans la mise en place de nouvelles articulations du soin comme <i>care/cure</i> intégrées dans la durée (années quatre-vingt-dix...)	Beaucoup de maladies durent, elles sont chroniques. Les relations entre soignants et entre soignants/soignés sont amenées à changer, à s'installer plus souvent dans la durée, à s'exercer en articulant univers hospitaliers et extra hospitaliers. Les professions établies au sommet de la hiérarchie délèguent les soins chroniques aux moins reconnus d'entre eux, ce qui compromet l'intégration des soins (<i>caring vs curing</i>). D'un côté, se développe l'hyperspécialisation médicale ou soignante, de l'autre, la complexité des situations incertaines, polypathologiques, ou les dimensions sociales et médicales des soins sont interconnectées, augmentent, et sont déléguées, voire reléguées. Entre ces deux pôles, les professionnels et patients circulent sans que ces va-et-vient soient articulés.

L'étude des formations professionnelles dans le champ de la santé montre que la formation fait en permanence l'objet d'investissement de la part de ceux

2 Rapport HAS, *les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : les aspects juridiques*, Service évaluation médico-économique et santé publique/octobre 2007 : 15.

3 L'imaginaire social du *care* évoque un corps analysable, programmable et invulnérable (Gaudillière Jean-Paul, 2002).

qui souhaitent préserver des privilèges acquis, même s'ils ne sont pas en mesure de leur permettre d'accomplir leur activité dans les meilleures conditions⁴. Cet investissement concerne tout autant les contenus et leur relation avec un statut scientifique établi, les lieux de formation plus ou moins proches des instances académiques et universitaires et de la recherche, la formation et le statut des formateurs, les modalités d'encadrement des stages, l'utilisation de stagiaires comme travailleurs ou comme étudiants en formation, les modalités d'encadrement et de définition du travail pédagogique et évaluatif construits pour contrôler la qualité de la formation tant à l'université, en institut, en école, que sur les terrains de stages, qualifiés comme tels ou pas.

La place croissante des personnes malades chroniques, d'abord soutenue, voire voulue par les professionnels les plus établis, pour leur déléguer – à eux aussi – des tâches qu'ils ne souhaitaient plus accomplir, vient aujourd'hui, avec l'appui des réseaux et moyens numériques, se retourner vers certains de leurs initiateurs, pour leur demander davantage et notamment l'instauration de nouveaux modes relationnels.⁵ À défaut de réponse positive, leur confiance envers l'ensemble des professionnels est moins assurée. Comme le suggère Alexandre Klein dans son article, cette coproduction d'une confiance décidée peut être analysée comme tributaire d'un changement du paradigme qui relie l'autonomie de la profession médicale aux savoirs qui la fondent scientifiquement. Or, ce rapport entre autonomie professionnelle et formes de savoirs détenus est aussi au centre de la question des autonomies médicales et paramédicales et des niveaux de reconnaissance relatifs de ces professionnels. Elle est structurante de la forme que revêt la quête croissante de reconnaissance professionnelle via la défense de cursus universitaires pour la formation de l'ensemble des professionnels de santé. La nature des savoirs qui y sont privilégiés joue ici une place centrale.

La valeur de l'autonomie a changé et transformé les modalités relationnelles qui ont fondé les relations entre professionnels et entre professionnels et profanes au cours du XX^e siècle. Désormais, c'est un nouveau travail à plusieurs voies dans lequel il s'agit d'apprendre à s'inscrire collectivement. Les systèmes hiérarchiques constitués résistent et des tensions s'installent. Les professions, en quête de maintien des privilèges acquis ou de plus d'autonomie professionnelle, cherchent à stabiliser, configurer, ou reconfigurer un territoire. L'article de Sophia Rosman sur la frontière entre travail médical et travail infirmier revisitée par l'introduction des *nurses practionneers* néerlandaises est un bon exemple de la forme d'évolution que peut prendre la relation médecin / infirmier depuis la seconde moitié du XX^e siècle dans un certain nombre de pays occidentaux, cette fois en dehors de l'exercice

4 Rothier Bautzer Eliane, 2012.

5 Klein Alexandre, Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking. http://www.academia.edu/1590172/Contribution_a_lhistoire_du_patient_contemporain_Lautonomie_en_sante_du_self-care_au_biohacking.

hospitalier, au niveau des soins de santé primaires. Le virage ambulatoire engendre ici un déplacement de l'organisation de la division du travail médecin/infirmier en dehors de l'hôpital, qui, même s'il requiert des infirmières formées plus longtemps et souvent à l'université, ne remet pas fondamentalement en question le rapport social médecin/infirmier et la division du travail *cure/care* qui y est associée.

Dans la rubrique « autour des mots », la relation entre les termes *care et profession infirmière* est analysée comme un cas paradigmatique de mutations en cours depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Je montre comment le concept de *care* et les théories qui lui sont associées se substituent au flou de la catégorie « relationnelle » qui structure la définition des professions consultantes au sens de Freidson (1984). Ainsi le *care* représente le produit de revendications et d'injonctions croissantes à l'autonomie de la part des individus et des groupes professionnels. Il constitue le point commun de l'ensemble des professions qui visent à rendre autonome, à mettre en pratique l'injonction qui consiste à inciter un changement qui ne peut se produire que s'il y a adhésion et engagement envers le but recherché. En ce sens, le *care* comme concept est le produit de sociétés ou l'autonomie – en devenant une valeur première – s'accompagne d'une mutation des formes d'hétéronomie (Ehrenberg, 2009, 2010). Si le terme *caring* est associé depuis Florence Nightingale au territoire infirmier développé à côté du *curing*, territoire des médecins, je montre donc, à partir de la sociologie des professions, que les théories du *care*, depuis les années quatre-vingt, en tant que produit d'un double mouvement social qui mêle revendications et injonctions à l'autonomie, transforment cette relation entre *care* et profession infirmière. La relation quasi intuitive qui tend à assimiler *care* et territoire infirmier est donc ici remise en question par les transformations sociales de l'autonomie.

Dans quelle mesure la formation des groupes professionnels dans le secteur de la santé peut-elle contribuer à la co-construction de modes de collaboration davantage orientés vers l'opérationnalisation de l'autonomie comme mise en *capacité* des personnes malades et des professionnels engagés ?

Pour mieux définir et comprendre l'évolution de la notion de « faire société » à travers l'autonomie depuis les Trente glorieuses, je m'entretiens avec le sociologue Alain Ehrenberg autour des arguments développés dans son livre « La société du malaise » (2010) où il démonte les conceptions françaises et américaines de l'autonomie et leurs incidences sur les formes d'expression sociale du malaise ressenti de part et d'autre de l'Atlantique. Dans un premier temps, nous serons amenés à définir précisément la notion d'autonomie telle qu'elle est portée au moment des trente glorieuses puis tend à être supportée ensuite. Dans un second temps, nous approfondirons le lien que cet auteur établit avec la théorie des *capabilities* développée par l'économiste Amartya Sen (2000). Elle permet notamment d'envisager la dimension politique, sociale et contextuelle du travail des professionnels dont la mission est de rendre l'autre autonome, agent de son

propre changement, alors même que cet autre se tourne vers les professionnels pour être soutenu. Ce mouvement remet en question les clivages des organisations professionnelles des secteurs social, sanitaire et médico-social.

Pour traiter cette question, nous devons changer de paradigme, et envisager la question de l'autonomie sous un autre angle afin de comprendre les tensions dynamiques à l'œuvre dans le secteur de la santé. La perspective du *care*, on l'aura compris, peut s'avérer une entrée particulièrement intéressante à développer ici, dans la mesure où on la croise avec le modèle de l'écologie professionnelle suggéré par Abbott (1988, 2003).

L'analyse des dispositifs de formations professionnelles alternées sous l'angle de la valeur de l'autonomie permet de mettre au travail les modalités pratiques de déclinaison de ce changement de paradigme à partir de l'exemple des modes de socialisation professionnelle. Nous le montrons donc ici en abordant les points suivants :

- Les différentes dimensions de l'autonomie sociale et leur lien avec la notion de « *capabilities* » ;
- Les modalités de production des autonomies professionnelles. Comment les formations professionnelles et les territoires s'ajustent-ils ? Dans quelles mesures ces ajustements préservent-ils l'intégration de la sollicitude et du soin (*articulation care/cure*) dans la durée ?
- L'apport des théories du *care* croisé avec la sociologie interactionniste des professions pour comprendre l'évolution des modèles professionnels dans le secteur de la santé ;
- La mutation des professions consultantes et des relations qu'elles entretiennent entre elles quand elles doivent mettre en œuvre un travail collectif d'accompagnement dans la durée.

Ces différents aspects sont reliés et les contributions de ce numéro s'attachent à le démontrer. Ils peuvent être repris pour étudier les formations professionnelles dans d'autres secteurs, notamment les secteurs sociaux et éducatifs. Dans quelle mesure les politiques publiques rendent-elles possible la mise en place de dispositifs qui réunissent des ressources sur lesquelles peuvent s'appuyer les personnes vulnérables et les professionnels partenaires, pour configurer ensemble un laboratoire de la fabrique sociale de l'autonomie en inscrivant leurs relations dans la durée ? Quelles sont les places et formes particulières occupées par la mise en place de parcours de formation alternés pour favoriser de tels dispositifs ? Quels sont les savoirs consultants et les pratiques qui fondent leurs actions ? Sur quels savoirs académiques sont-ils en mesure de s'appuyer ?

L'étude de la formation professionnelle des soignants et de l'investissement de leurs groupes professionnels dans la définition de ce processus (l'analyse des trois arènes définies par Abbott et la tension entre professions savantes et consultantes

mise en évidence par Freidson), permet de mieux comprendre la valeur pratique, coproduite, située et paradoxale, de l'autonomie sociale en tant que reliée aux pratiques de *care* en relation avec, ici, le processus de *curing*.

D'une manière plus générale, quand le travail visant l'autonomisation s'inscrit dans la durée auprès d'une même personne ou groupe (processus thérapeutique, de remédiation, de compensation ou d'éducation), il constitue, pour un certain nombre de professionnels, le « sale boulot » du secteur concerné. La hiérarchie entre secteurs tend à s'opérer aussi en fonction des délégations du travail de *care qui dure*, qu'il soit articulé à des soins curatifs ou éducatifs. Ce sont des situations complexes, labiles, qui ne peuvent être maîtrisées et donc traitées une fois pour toutes. Nous ne sommes plus uniquement dans l'urgence valorisée de la réponse rapide apportée à un besoin bien circonscrit. Mais le système n'est pas étanche et les réponses aux situations sont amenées à entrer en relation. En sortant de leurs cloisonnements respectifs, les formations professionnelles ont un rôle important à jouer dans ce processus de délégation d'autant plus contre-productif qu'il affecte, non seulement les personnes directement concernées, mais aussi, par effet domino, l'ensemble des acteurs des secteurs éducatif, sanitaire et social.

Cette situation révèle la difficile mutation du « sale boulot » relationnel en concept de *care* articulé aux aspects jusqu'ici exclusivement dominants des secteurs concernés. Ce processus est illustré par les multiples attermolements autour de la reconnaissance du caractère professionnel du travail consultant, notamment lorsqu'il s'inscrit dans une durée difficilement définissable. Il soulève la question des savoirs de référence requis ou partagés. Il implique de reconsidérer des organisations fortement hiérarchisées. Le *care* réduit au « sale boulot relationnel » compromet la mise en place de situations permettant l'autonomisation des bénéficiaires. Il rend ainsi visible, au-delà des discours, ce à quoi et par quoi, collectivement, nous tenons. Les mutations des modèles de formation révèlent ainsi des contradictions posées par la coproduction d'un « nous » dans le cadre de sociétés de l'autonomie. Quelle valeur accordons-nous collectivement aux personnes qui requièrent un accompagnement dans la durée pour rendre possible leur autonomie ?

Éliane ROTHIER BAUTZER

eliane.bautzer@parisdescartes.fr

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay of the division of expert labour*. Chicago : U. of Chicago Press.
- Abbott, A. (2003). « Écologies liées », in Menger Pierre-Michel (dir.) *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris : Éditions MSH.

- Diebolt, E., Fouché, N. (2011). *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*. Paris : Publibook.
- Ehrenberg, A., (2010). *La Société du malaise*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Freidson, E. (1984), *La Profession médicale*. Paris : Payot.
- Gaudillière, J.-P., (2002). *Inventer la biomédecine*. Paris : La Découverte.
- Henderson, V., Colliere, M.-F. (1994). *La nature des soins infirmiers*. Paris : Interéditions.
- Hugues, E. (1996). *Le regard sociologique, Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Rothier Bautzer, É. (2012). *Entre Cure et Care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre, Wolters Kluwer.
- Rothier Bautzer, É. (2013). *Le Care négligé, Les professions de santé face au malade chronique*. Bruxelles : De Boeck.
- Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité, La liberté au prisme des capacités*. Paris : Seuil.