

Penser et pratiquer un design capacitaire : isolements médicaux et dispositifs de téléprésence à l'aune de l'éthique du *care*.

Résumé :

Le projet de cette thèse porte sur les relations que peuvent entretenir les artefacts et la pratique du design à une éthique du *care* et à une approche capacitaire en contexte d'isolement médical. Cette recherche s'opère à travers deux terrains, la chambre stérile et le « désert médical », qui établissent des isolements distincts quant à leur relation à l'institution, à l'espace et aux relations de soin. La téléprésence, par l'ubiquité qu'elle semble permettre, est envisagée dans ces deux situations comme la possibilité de remédier à l'isolement. Une relation ambiguë se tisse entre les développements contemporains de l'institution de santé, composant un environnement hautement technique et les déploiements d'une éthique d'un prendre soin attentif à autrui. Ainsi, envisager les dispositifs de téléprésence dans le parcours de soin permet de considérer cette ambiguïté et de l'interroger au sein des situations de vulnérabilités que composent l'isolement et la maladie. Aussi, il s'agit de situer l'importance des objets dans les relations et ce qu'ils incarnent notamment dans l'éthique relationnelle du *care*. L'éthique du *care* développe une pensée de la vulnérabilité et introduit une dignité des relations de dépendance et d'interdépendance. La considération des vulnérabilités et des besoins particuliers peut s'articuler à une approche capacitaire, soit à une considération des capacités singulières selon un état physique et les ressources d'un environnement. Objets et artefacts pourraient être pensés en relation à ces approches : à la manière de l'activité caractéristique du *care*, le design serait une pratique qui permettrait un maintien, une réparation, une perpétuation du monde. Le cadre théorique de l'éthique du soin, de l'éthique du *care* et d'une approche capacitaire me permet une analyse fine des vulnérabilités qui composent les situations d'isolement médical auxquelles je m'intéresse. Ma démarche est donc d'abord compréhensive, en menant de manière croisée une démarche empirique par des enquêtes de terrain et une recherche conceptuelle. Puis, il s'agira de dégager les potentialités du design à penser des artefacts, des modes de conception proche d'une éthique du *care*, soit d'un prendre soin attentif aux singularités.

Cadre de la recherche : la médecine technique contemporaine

Il est nécessaire d'envisager la création de l'hôpital moderne pour comprendre comme se lie, au XVIII^e siècle, institution et pratique médicale. Avant 1760, l'hôpital n'est pas le lieu opérateur de la médecine puisque celle-ci est une pratique interindividuelle ; quant à l'hôpital, il est un espace permettant de maintenir un individu à l'écart, d'apporter une dernière assistance et non de guérir. Ce n'est qu'à la fin du XVIII^e siècle que l'hôpital deviendra un environnement thérapeutique¹. Cette transition ne relève en rien d'un sentimentalisme : la médicalisation de l'hôpital s'opère par une volonté de résoudre le désordre économique et social des hôpitaux. D'ailleurs, cette transformation ne s'effectuera pas en premier lieu dans les hôpitaux civils, mais dans les hôpitaux militaires et maritimes. Ainsi Michel Foucault indique que la médicalisation de l'hôpital est concomitante à la mise en place d'un contrôle disciplinaire, permis par une répartition spatiale et une surveillance constante dont peut être vecteur l'hôpital. Dès lors, l'hôpital devient un agent de

¹ Michel Foucault, « L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne », in *Dits et écrits*, 1976-1988, Gallimard, Paris, 2001, tome II, p. 508-521

réorganisation administrative et politique, c'est une discipline imposée au corps individuel. Il apparaît déjà ici un rapport ambigu entre le fait de soigner et d'isoler.

Les parcours de soin au sein de l'institution contemporaine de santé, par la spécialisation de la profession, la technicisation de la médecine, se déploient en des réseaux complexes, dans lesquels, l'utilisateur, parfois vulnérable, peut éprouver un sentiment de profonde impuissance². Par une gestion technique du soin pour son efficacité et sa performance, D. Winnicott estime que le *cure* l'emporte sur le *care*³, alors même que ces catégories ne devraient s'exclure l'une l'autre. Il définit le *cure* par le traitement, l'éradication de la maladie et sa cause, tandis que le *care* est défini comme soin, intérêt et attention.

En portant mon attention sur les dispositifs de téléprésence, et leurs différentes utilisations durant la prise en charge médicale, je considère en particulier l'ambiguïté du développement contemporain de l'institution de santé : un espace technique de performance, parfois impersonnel, où se porte pourtant la réflexion d'une éthique du soin, d'une humanisation de celui-ci⁴.

Médecine et dispositifs de téléprésence

Des premières représentations dessinées de la visioconférence apparaissent en 1878, les premières expérimentations sont développées un siècle plus tard, notamment par un essor de la visioconférence en entreprise.

Dès le téléphonoscope, écran mural qui permet de communiquer à distance, invention littéraire d'Albert Robida⁵, il se déploie l'imaginaire d'une connexion entre des espaces éloignés.

L'ubiquité par la médiation d'une présence que permet la téléprésence tend à faire oublier le dispositif et ses caractéristiques physiques. Pourtant, l'artefact et ses fonctions déterminent des essentialisations différentes de la présence : à la voix sans image, à l'image du visage et de la voix, au déplacement...

La diversité des potentialités de la téléprésence se répercute dans le flou terminologique de la télé-médecine. Son développement institutionnel s'instaure en 1990, à l'initiative de médecins hospitaliers et par une volonté de maîtriser les dépenses de santé et de rationaliser l'offre de soin. Les politiques publiques y décèlent l'opportunité d'un accès au soin plus égalitaire et de qualité. La notion d'égalité d'accès au soin par la téléprésence semble développer l'idée d'une neutralité de cette technologie. Pourtant, Nelly Oudshoorn⁶ montre en quoi la télé-médecine est vectrice d'une transformation des corps de métiers et de la conception de la maladie même. Aussi, cette prétendue neutralité tend à oublier les fonctions spatiales de l'environnement de la prise en charge médicale, qu'il s'agisse de l'accueil⁷ ou du moment du soin. Il y a une attention à porter à ces objets techniques, à ce qu'ils redéfinissent de la prise en charge et aux réseaux qu'ils participent à tisser.

² Pierre Boitte, Jean-Philippe Cobbaut, « les défis d'une éthique de l'accès au soin », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2006, n°241, p.11

³ Donald Winnicott, « Cure », *Conversations ordinaires*, Gallimard, Paris, 1988

⁴ Didier Sicard. *L'éthique médicale et la bioéthique*. Puf, collection Que sais-je ?, 2009

⁵ Albert Robida. *Le vingtième siècle. La vie électrique*. 1883

⁶ Nelly Oudshoorn, « Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients », *Sociology of Health & Illness*, 2009, volume 31, p. 390-405

⁷ « Le soin commence par l'accueil », *Ethica clinica*, revue francophone d'éthique et de soins de santé, trimestriel 93, 2019

La Société Française de Santé digitale (SFS) contribue à l'élaboration du cadre juridique de la télémédecine⁸. Après une autorisation en 2009⁹, la télémédecine fait l'objet d'un décret en octobre 2010¹⁰ qui encadre sa pratique en cinq actes différents reconnus par le Code de la santé publique. Dix ans plus tard, il réside un paradoxe entre les espoirs fondés sur ces technologies et la réalité de son déploiement, qui est plutôt inégal et d'initiative locale. Elle s'inscrit cependant dans une actualité puisqu'elle est mentionnée dans le Grand Plan d'Investissement 2018-2022¹¹, à la suite duquel les fonds alloués à la télémédecine ont été doublés.

Les terrains de la recherche :

l'hospitalisation en chambre stérile, les « déserts médicaux » et leurs dispositifs de téléprésence

Je m'intéresse au double isolement que composent ces deux situations : l'hospitalisation en chambre stérile et le parcours de soin en zone sous dotée médicalement.

Dans ces contextes, l'isolement se distribue à différentes échelles : celle du corps et de l'espace proche, celle du milieu de vie et du paysage. Interroger en vis à vis ces contextes me permet de constituer des nuances de la notion d'isolement et de l'envisager dans sa complexité.

La téléprésence est introduite dans ces deux contextes, malgré leurs différences, comme la possibilité de remédier à l'isolement. Ces situations subjectivement distinctes nécessitent d'interroger les pratiques mises en place par l'institution de santé pour accompagner les personnes concernées par ces contextes ; et plus spécifiquement les pratiques permises et inventées à partir des dispositifs de téléprésence.

Le « robot de téléprésence » pour maintenir la relation patient-proche dans l'isolement de la chambre stérile

Dans les services d'hématologie, les patients sont parfois, au cours de leur parcours de soin, hospitalisés en chambre stérile pendant plusieurs semaines. Il s'agit d'hospitalisations de longue durée, où l'espace anonyme de la chambre d'hôpital doit être appréhendé comme lieu où le patient doit demeurer et continuer à vivre.

Les entretiens et les observations menés au cours d'un stage d'observation et de recherche, dans le cadre de mon master 2 de recherche, m'ont permis de spécifier l'isolement produit par cet espace. En s'inscrivant dans un parcours de soin long et répétitif, la perception du temps du patient est quelque peu biaisée. Aussi, la chambre stérile accueille des patients potentiellement vulnérables, de par leur maladie et leur prise en charge, cette vulnérabilité se couple à celles engendrées par l'isolement : discontinuité avec le contexte de vie habituel, dépendances aux proches pour maintenir une relation avec la vie extérieure. Demeurer plusieurs semaines au sein de l'institution de soin, engendre l'impossibilité d'entretenir d'autres relations que celles asymétriques (soignant/soigné) et dirigées vers le soin et la maladie.

Dans ce contexte, quelques services d'hématologie français proposent aux patients de garder contact avec leur famille par le biais d'un dispositif de téléprésence placé au domicile. Il s'agit d'un écran de visiocommunication sur roues à un mètre de hauteur, qui ajoute à la simple retransmission

⁸ Gérald Gaglio, Alexandre Mathieu-Fritz, « Les pratiques médicales et soignantes à distance », *Réseaux*, 2018, n°207, p. 9-24

⁹ Article 78 de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), 21 juillet 2009

¹⁰ Décret n°2010-1229, 10 octobre 2010

¹¹ Rapport de Jean Pisani Ferry octobre 2017

visiophonique le déplacement ; le patient depuis la chambre stérile pilote sur son ordinateur les déplacements du dispositif au domicile. Le dispositif incarne alors comme une présence du patient à domicile.

On pose l'hypothèse selon laquelle l'essentialisation de la présence à certaines caractéristiques, telles que le déplacement, engage une élaboration imaginative de la part des différentes parties de la relation. Ainsi, un tel dispositif engagerait à l'invention de modes de relations à distance, d'allures de vie depuis la vulnérabilité que compose l'isolement.

Il faudra garder en tête les écueils d'un solutionnisme technologique, où seul un relais numérique permettrait de combler une absence. Pour la chercheuse Sherry Turkle, sans présence véritable, une conversation ne peut être le lieu d'empathie et d'intimité¹². Ces constats seront à mettre en tension avec les modes de relations d'un prendre soin, d'une attention, qui se lient dans la sphère intime, ainsi que dans le contexte particulier de la vulnérabilité que compose la maladie et l'isolement. Ainsi, il faudra envisager le statut que prend l'objet au sein des relations et des perceptions.

Pratique de la téléconsultation en contexte de faible densité médicale

Les « déserts médicaux » se caractérisent par une inégalité d'accès au soin liée aux évolutions de la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Ces zones dites « fragiles » ou « sous dotées » concernent tout autant des zones rurales où la décroissance démographique est significative, que des zones dynamiques urbaines¹³. Les premiers travaux de zonage de l'offre de soin ont été opérés par l'Assurance maladie et les Agences Régionales de Santé dans les années 2000. L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), qu'utilise l'ARS, tient compte de la proximité des médecins et de leur disponibilité. Une zone fragile est caractérisée par un accès inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant (l'accessibilité moyenne en France étant de 4,11 consultations par an et par habitant)¹⁴.

Ces milieux de vie peuvent composer un environnement incertain, où la latence de la maladie doit être conciliée à une difficulté, voire à une impossibilité, d'accès au soin de premier recours. Cette inaccessibilité peut faire naître un sentiment d'isolement.

Ces contextes d'isolement questionnent la notion d'accès au soin et d'égalité d'accès. Envisager la télémédecine comme recours à ce nonaccès revient quelque peu à appréhender la notion d'accès de manière binaire et selon des paramètres réduits : une accessibilité financière et spatiale. Pourtant, Jean-Philippe Cobbaut et Pierre Boitte définissent l'accessibilité comme un continuum : le problème doit être perçu par le patient, puis traduit dans la formulation d'une demande, qui doit être acheminée vers le lieu de soin adéquat, puis déchiffrée par le système de soin et enfin ce déchiffrement doit être perçu par le demandeur¹⁵. Il paraît nécessaire d'envisager en quoi et comment la téléprésence peut interférer sur ce continuum et ainsi considérer quelles égalités d'accès dessinent ces dispositifs.

Puisque le corps du patient ne peut être directement appréhendé par le praticien, il est médié par l'écran et le dispositif de consultation, la téléconsultation instaure de nouvelles pratiques de soin. L'absence de face à face dans la relation de soin, questionne la façon dont une relation de service, telle que la prise en charge attentive, le prendre soin, peut se déployer par écrans interposés. Il s'agit donc de questionner l'impact d'artefacts dans la relation que compose la prise en charge médicale.

¹² Sherry Turkle, *Alone together : why we expect more from technology and less from each other*. New-York, Basic Books, 2011

¹³ Matthieu Frélaud, « Les déserts médicaux ». *Regards* N° 53, 2018, n° 1. p.109

¹⁴ *Ibid.* p.111

¹⁵ Pierre Boitte et Jean-Philippe Cobbaut, « Les défis d'une éthique de l'accès au soin ». *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2006, n°241, p.12

Posture de recherche : les relations de soin à l'aune l'éthique du *care*

Envisager les situations d'isolements médicaux à l'aune de l'éthique du *care*

Les textes fondateurs de l'éthique du *care* sont publiés aux États-Unis pendant les années 1980 ; parmi ceux-ci Carol Gilligan dans *Une voix différente*¹⁶ utilise le terme « *care* » pour désigner une manière de penser la morale comme différente de celles des hommes ou des « puissants¹⁷ ». Plus encore, l'enjeu du constat d'une « voix différente » était d'élargir les frontières morales. À l'inverse d'une éthique de la justice muée par des règles et des principes abstraits qui se veulent universels, l'éthique du *care* développe une éthique relationnelle, muée par l'attention aux autres et la particularité des contextes.

Le terme *care* peut être traduit par « soin » et « sollicitude ». Le premier fait référence aux activités et pratiques sociales qui problématissent le fait de prendre soin et de recevoir ce soin¹⁸. La sollicitude connote une forme d'engagement vers quelque chose d'autre que soi et ses intérêts propres¹⁹, donc une capacité à se soucier des autres, à porter une attention à la singularité d'un besoin, d'une vulnérabilité²⁰. Fabienne Brugère définit une « *caring attitude* » comme « une façon de renouveler le problème du lien social par l'attention aux autres, le prendre soi, le soin mutuel, la sollicitude, le souci des autres²¹ ».

Le *care* suppose donc une disposition, qui se poursuit dans une activité et une pratique. Ces pratiques ne concernent pas seulement des relations interindividuelles, mais engagent aussi des pratiques de « prendre soin » collectives et au niveau institutionnel. Ainsi, le *care* ne peut être réduit à une attitude attentionnée puisqu'il s'agit de penser un ensemble matériel, technique et relationnel qui permet d'apporter des réponses concrètes aux besoins des autres²².

Joan Tronto et Berenice Fischer définissent le *care* comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible²³ » ; donc, comme une activité nécessaire pour habiter le monde. En effet, l'éthique du *care* permet une reconnaissance des vulnérabilités de notre monde, que celles-ci concernent les êtres humains, les êtres vivants ou les environnements. Concernant, les êtres humains, l'« anthropologie de la vulnérabilité²⁴ » que dessine l'éthique du *care*, remet en question le mythe libéral d'un individu autonome, et reconnaît une dignité des relations de dépendance et d'interdépendance.

Les développements de l'éthique du *care* et de sa grammaire (attention, responsabilité, compétence, capacité de réponse²⁵), produisent un cadre analytique riche pour questionner les différentes vulnérabilités, les différentes relations de dépendance, d'interdépendance que composent mes terrains de recherche.

À travers les deux situations d'isolements, je considère des relations de soin différentes. Au sein de la chambre stérile, il s'agit de regarder notamment les relations de soin au sein de la sphère intime et

¹⁶ Carol Gilligan, *In a different voice*, Cambridge, Harvard University Press, 1982

¹⁷ Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care (Moral boundaries – a political argument for an ethic of care, 1993)* Paris : La Découverte, 2009

¹⁸ Fabienne Brugère, *L'éthique du « care »*. Paris, Puf, collection Que sais-je ?, 2017. p.23

¹⁹ Joan Tronto, Op cit.

²⁰ Fabienne Brugère, Op cit. p.23

²¹ Fabienne Brugère, Op cit. p.3

²² Hirata, Helena, et Pascale Molinier, « Les ambiguïtés du care », *Travailler*, 2012, vol. 28, n°2

²³ Joan Tronto, Op cit. p.143

²⁴ Fabienne Brugère, Op cit. p.3

²⁵ Joan Tronto, Op cit. p.173

familiale, et les relations d'interdépendance qui les composent. Aussi, il s'agit de considérer comment ces relations s'agencent au sein de l'institution de soin, puisque le dispositif de téléprésence les rend plus présentes.

Concernant, les zones de faible densité médicale, on regardera plus spécifiquement la pratique du soin médical et la relation entre soignant et patient.

Design, objets, artefacts à l'aune de l'éthique du *care* et d'une approche capacitaire

Reconnaître la vulnérabilité c'est engager le déploiement d'une approche par les capacités. Si la vulnérabilité peut être le lieu d'une réinvention des pratiques et des usages, celle-ci les nécessite pour rétablir une viabilité de la vulnérabilité²⁶.

Alain Findeli évoque le design comme une habitabilité du monde²⁷, ce qui ne paraît pas sans relation à l'idée selon laquelle une pratique du *care* permet le maintien, la perpétuation, la réparation de notre monde. Ainsi, le design peut être envisagé comme porteur d'une éthique pour un mieux vivre. La philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury et le designer Antoine Fenoglio, cofondateur de l'agence de design les Sismo, interrogent les problématiques et méthodologies du design qui sont porteuses d'un *care* au-delà du soin médical²⁸.

L'approche capacitaire, consiste en la prise en compte de la question « qu'est-ce qu'une personne est capable de faire et d'être ?²⁹ » et ainsi de considérer les marges de libertés, de possibilités en fonction de ce qu'une personne est en capacité de faire, selon ses capacités et son environnement. C'est de cette manière que le design et la création d'artefacts peuvent être pensés. Il faudra questionner les dispositifs de téléprésence à l'aune d'une approche capacitaire : ceux-ci sont-ils des possibilités de capacitations ?

Concernant l'utilisation du dispositif de téléprésence en chambre stérile, il engage à l'élaboration d'allures de vie à l'intérieur même de la situation de vulnérabilité. Il permettrait de maintenir une relation d'interdépendance, caractéristique de la sphère familiale, moins asymétrique qu'une relation de dépendance, et qui peut être entravée par une absence physique, une vulnérabilité.

S'agissant des dispositifs de téléconsultation, il faut noter que la « proximité numérique » entraîne une considération différente de la maladie. La consultation en face à face s'intéresse à la maladie comme une perception subjective (*illness*), tandis que la téléconsultation appréhende la maladie comme anomalie objective et quantifiable (*disease*)³⁰. Ces nuances « *illness* », « *disease* », « *sickness* » pour l'unique terme français « maladie », montre la nécessité de comprendre l'état de vulnérabilité de la maladie dans sa complexité et dans ses nuances. J'estime que l'analyse par une approche capacitaire me permettra d'envisager les capacités effectives permises par ces dispositifs.

Je considérerai la potentialité du design à développer une approche capacitaire dans ses méthodologies, sa pratique et ses rapports au contexte. La pratique de l'innovation sociale, l'intervention du design dans les espaces et les institutions publiques, est depuis ces dernières années un changement de posture du designer, qui s'incarne notamment dans sa relation au domaine médical. Dans cette recherche, il faudra alors se demander comment se développe une habitabilité

²⁶ Cynthia Fleury, *Le soin est un humanisme*, Tracts Gallimard, Paris, 2019

²⁷ Gauthier Roussilhe, *Ethics for design*, documentaire, 50 minutes, 2017

²⁸ Séminaire Design With Care, Chaire Humanité et Santé, CNAM, 2018-2019-2020

²⁹ Nussbaum, Martha. *Capacités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Paris : Climats, 2012. p.39

³⁰ Nelly Oudshoorn, « Physical and digital proximity: emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients », *Sociology of Health & Illness*, 2009, vol.s 31, p. 390-405

du monde pour ces espaces d'isolement médicaux. En contexte institutionnel, et selon les pratiques du design, il s'agit d'engager la perspective d'une éthique de l'action collective et de l'expérimentation d'environnements capacitants³¹.

Deux pistes de recherches peuvent être dégagées : l'objet par ses caractéristiques même permet le rétablissement d'une forme de vie, le retour à une norme ; l'objet engage une élaboration imaginative de la part de l'utilisateur qui l'engage à imaginer une allure de vie selon ses capacités singulières.

Méthodologie :

La première année sera dédiée à une démarche compréhensive de mes terrains et de leurs enjeux. La méthodologie mise en place est marquée par l'importance des terrains, ceux-ci donneront cours à une recherche empirique par le biais d'enquêtes de terrain. Il se joindra et se croiera à cela une recherche conceptuelle par les lectures qui concernent l'éthique du soin, l'éthique du *care* et des ouvrages concernant la philosophie des techniques et le design. Un état de l'art des ouvrages de l'éthique du *care* et de l'approche capacitaire devra être poursuivi, en estimant les relations au contexte médical et aux dispositifs technologiques.

La seconde année donnera lieu à une recherche à propos de la pratique du design et de ses relations à mes terrains et lectures. La place de la pratique, par l'expérimentation ou le projet, devra être interrogée selon les particularités de la recherche en design. Un état de l'art des différentes pratiques, expérimentations, protocoles de design proche d'une éthique du soin et du *care* devra être mené. Le corpus constitué et, ou, produit, permettra une recherche des relations entre institutions et pratique d'un « prendre soin », par la recherche d'environnements capacitants.

³¹ Joëlle Zask, *Participer. Essai sur les formes démocratique de la participation*, Le bord de l'eau, 2011

Bibliographie

- Audétat, Marc. *Sciences et technologies émergentes : pourquoi tant de promesses ?* Hermann, Paris, 2015.
- Arendt, Hannah. *The human condition*. Chicago : University of Chicago Press, 1958. Traduit par Georges Fradier. *La condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy, 1961.
- Baier, Annette. *Moral prejudices. Essays on ethics*. Harvard University Press, 1995.
- Berque, Augustin. *La mésologie, pourquoi et pour quoi faire ?* Paris : Presses Paris Nanterre, 2014.
- Boch, Anne-Laure. *Médecine technique, médecine tragique*. Paris : Seli Arslan, 2009.
- Brugère, Fabienne. *L'éthique du « care »*. Paris, Puf, collection Que sais-je ?, 2017.
- Canguilhem, Georges. *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.
- Certeau, Michel de. *L'invention du quotidien*. Paris : Gallimard, 1990.
- Cloutier, Julie. « Qu'est-ce que l'innovation sociale ? ». *Cahier du CRISES*, collection Études théoriques, 2003, no ET0314.
- Darras, Bernard et Alain Findeli. *Design : savoir & faire. Savoir pour mieux faire et faire pour mieux savoir*. Lucie éditions, 2015.
- Dautrey, Jehanne (sous la dir.). *Design et pensée du care — pour un design des microluttes et des singularités*. Paris : Les presses du réel, 2019.
- Dautrey, Jehanne (sous la dir.). *Milieus & créativité*. Paris : Les presses du réel, 2016.
- Dewey, John. *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris : Puf, 1993.
- Eudes, Émeline et Véronique Maire (sous la dir.). *La fabrique à écosystèmes : design, territoire et innovation sociale*. Paris : Loco, 2018.
- Feder, Eva Kittay. *Love's Labor. Essays on women, equality and dependency*. New York, Londre: Routledge, 1999.
- Foucault, Michel. *La naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, 1963.
- Flamand, Brigitte (sous la dir.). *Le design. Essais sur des théories et des pratiques*. (2^{ème} édition). Paris : IFM, 2013.
- Fleury, Cynthia. *Le soin est un humanisme*. Paris : Tract Gallimard, 2019.
- Fromentin, Vincent. *La désertification médicale : mythes et réalités*. Paris : Hors-série Galilée, 2017.
- Garrau, Marie et Alice le Goff. *Care, justice et dépendance*. Paris : Puf, 2010.
- Garrau, Marie et Alice le Goff. *Politiser le care ? Perspectives sociologiques et philosophiques*. Lormont, Bordeaux : Le Bord de l'eau, 2012.

- Geel, Catherine. *Les grands textes du design — commenté par Catherine Geel*. Paris : IFM, 2019.
- Gilligan, Carol. *Une voix différente, pour une éthique du care. (In a different voice. 1982)* ; traduit par V. Nurock. Paris : Champs Flammarion, 2008.
- Hester, Micah D. *Community as healing: pragmatist ethics in medical encounters*. Rowman & Littlefield Publishers, 2001.
- Held, Virginia. *Justice and care*. Westview Press, 1995.
- Hirsch, Emmanuel. *L'éthique au cœur des soins*. Paris : Vuibert, 2005.
- Hirsch, Emmanuel. *Le devoir de non abandon*. Paris : les éditions du Cerf, 2004.
- Illich, Ivan. *Némésis médicale*. Paris : Seuil, 1975.
- Jouan, Marlène et Sandra Laugier. *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris : Puf, 2009.
- Joublin, Hugues. *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins*. Toulouse : Érès, 2010.
- Latour, Bruno. *Aramis ou l'amour des techniques*. Paris : La découverte, 1992.
- Latour, Bruno. *Prendre le pli des techniques*. Revue *Réseaux*, 2010, Vol.28 n° 163.
- Laurent, Éloi. *Vers l'égalité des territoires. Dynamiques, mesures, politiques*. Paris : La Documentation française, 2013.
- Le blanc, Guillaume. *Que faire de notre vulnérabilité ?* Paris : Bayard, 2011.
- Maeschalk, Marc. *La cause du sujet*. Bruxelles : P.I.E Peter Lang, 2014.
- Margalit, Avishai. *L'éthique du souvenir*. Paris : Climats, 2006 (traduction française)
- Maurey, Hervé. *Déserts médicaux : agir vraiment*. Paris : Sénat, rapport d'information n° 335, 2013.
- Molinier Pascale, Sandra Laugier et Patricia Paperman. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009.
- Morozov, Evgeny. *Pour tout résoudre cliquez ici : l'aberration du solutionnisme technologique*. Limoges : Fyp, 2013.
- Nussbaum, Martha. *Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Paris : Climats, 2012.
- Oudshoorn, Nelly. *Telecare technologies and the transformation of the healthcare*, Health Technology & Society, 2011.
- Oury, Jean. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes : Les éditions du Champ social, 2001.
- Oury, Jean, *Le Collectif : Le séminaire de Sainte-Anne*, champ social éditions, 2005
- Paperman, Patricia et Sandra Laugier. *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Edition de l'EHESS, 2005.

- Papanek, Victor. *Design for the real world. Human Ecology and Social Change*. Academy Chicago Publisher, 1985.
- Pelluchon, Corine. *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : les hommes, les animaux, la nature*. Paris : Le Cerf, 2011.
- Pelluchon, Corine. *Éthique de la considération*. Paris : Seuil, 2018.
- Pols, Jeannette. *Care at distance: on the closeness of technologies*. Amsterdam University Press, 2012.
- « Politique du care », revue *Multitudes* n° 37, Paris : 2009.
- Quinz, Emanuele, Jehanne Dautrey. *Strange Design: du design des objets au design des comportements*. Paris : Les presses du réel, 2016.
- Ricœur, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, 1996.
- Sen, Amartya. *Repenser l'inégalité*. Cambridge : Harvard University Press, 1992.
- Scherer, Pauline. *Chantier ouvert au public : design des politiques publiques — La 27^e région*. Paris : La documentation française, 2015.
- Stiegler, Barbara. *Il faut s'adapter*. Paris : Gallimard, 2019.
- Stiegler, Bernard. *La technique et le temps*. Paris : Fayard, 2018.
- Tronto, Joan. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care (Moral boundaries—a political argument for an ethic of care, 1993)*; traduit de l'anglais par H.Maury. Paris: La Découverte, 2009.
- Tronto, Joan. *Caring democracy: markets, equality and justice*. New York University Press, 2013.
- Vallejo, Marie-Claude. *Une approche philosophique du soin*. Toulouse : Érès, 2014.
- Vial, Stéphane. *Le Design*. Paris : Puf, Que sais-je ?, 2015.
- Velut, Stéphane. *L'hôpital, une nouvelle industrie : le langage comme symptôme*. Paris : Tracts Gallimard, 2020.
- Winnicott, Donald. *Conversations ordinaires (Home is where we start from—essays by a psychoanalyst, 1986)*; traduit par B. Bost. Paris : Gallimard, 1988.
- Worms, Frederics. *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?* Paris : Puf, 2010.